

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Antropología



Tesis Doctoral

**IMPORTANCIA DE LOS
PROVERBIOS EN LA PROMOCIÓN
DE LA SALUD**

**“A IMPORTÂNCIA DOS PROVÉRBIOS NA
PROMOÇÃO DA SAUDE”**

Dñ^a. Celeste Antão

BADAJOZ, Octubre 2009

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Antropología



Tesis Doctoral

IMPORTANCIA DE LOS PROVERBIOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

“A IMPORTÂNCIA DOS PROVÉRBIOS NA PROMOÇÃO DA SAUDE”

Tesis Doctoral presentada por **D^a. CELESTE ANTÃO**

Dirigida por el doctor **D. FLORENCIO VICENTE CASTRO**
Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación
de la Universidad de Extremadura y por la Doctora **MARIA AUGUSTA
VEIGA BRANCO** Prof. Del Instituto Politécnico de Bragança

Visto Bueno para su defensa.
Los Directors de la Tesis.

Fdo. Dr. D. Florencio Vicente Castro
Fdo. Dr^a. Dñ^a. María Augusta Veiga Branco



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Antropología
BADAJOS

FLORENCIO VICENTE CASTRO, Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura

CERTIFICO: Que el presente trabajo de investigación titulado **“IMPORTANCIA DE LOS PROVERBIOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD”**

“A IMPORTÂNCIA DOS PROVÉRBIOS NA PROMOÇÃO DA SAUDE” constituye el trabajo de investigación, original e inédito que presenta **D^a. CELESTE CRUZ MEIRINHO ANTÃO** para optar al grado de Doctor.

Para que conste

Badajoz, Octubre 2009

Agradecimentos

A todas as pessoas que contribuíram para a consecução deste trabalho em especial aos meus orientadores:

Professor Florêncio Vicente de Castro, pela Sapiência, pelo desafio, estímulo e pelo reforço positivo ao longo de todo o processo

Professora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, que desde o primeiro minuto acreditou que o tema era um “terreno” que merecia ser desbravado. Pelo rigor, experiência que sempre demonstrou ao longo de toda a pesquisa, nunca esquecendo o alento dado em horas de desânimo

Às direcções (actual e anterior) da Escola Superior de Saúde pelo apoio dado, imprescindível na concretização deste estudo

A toda a minha família que desde o início foram fundamentais para a consecução deste projecto e por mais que eu agradeça nunca será suficiente

À professora Zita Alves pelo contributo precioso dado na revisão do texto

Ao Professor Carlos Magalhães pela imprescindível colaboração na formatação do trabalho

Aos colegas e amigos pelo estímulo, pela presença e ajuda em vários momentos

Dedicatória

In memoriam, aos meus pais, que sempre acreditaram que a educação é a melhor Herança;

Ao meu filho João Pedro, para que possa partilhar dessa Herança.

*“Todas as coisas já foram ditas.
Mas como ninguém escuta, é preciso sempre recomeçar”.*
(André Gide)

SIGLAS E ABREVIATURAS

A.C. – Antes de Cristo

ATP – Trifosfato de Adenosina

AVC – Acidente Vascular Cerebral

D.C. – Depois de Cristo

DGS – Direcção Geral de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

IMG – Índice de Massa Gorda

IMM – Índice de massa Magra

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Nº – Número

NDCA – Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PIB – Produto Interno Bruto

S/C – Sem Corroboração

SPP – Sociedade portuguesa de Pediatria

TAS – Taxa de Álcool no Sangue

U. E. – União Europeia

UV – Ultravioletas

UVA – Ultravioletas A

UVB – Ultravioletas B

UVC – Ultravioletas C

RESUMO

Este estudo reflecte sobre a importância dos provérbios na saúde do indivíduo e insere-se no âmbito do doutoramento em Desarrollo e Intervencion ao longo do Ciclo Vital. Pretendeu-se abordar a saúde e as diferentes formas de a promover, bem como perceber até que ponto as mensagens geracionais podem ser resgatadas como estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença. Parece hoje consensual, tal como muitos provérbios o explicitam, que a saúde tem que ser abordada de uma forma holística, positiva e como um recurso importante para a vida que urge preservar. No espectro do envelhecimento populacional, associado à crescente incidência e prevalência das doenças crónicas a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença, tal como a Organização Mundial de Saúde o reconhece, torna-se um investimento vital. Os objectivos que nortearam este trabalho foram: encontrar provérbios identificadores de atitudes e ou comportamentos de saúde, analisar os provérbios encontrados num contexto de Promoção e reflectir sobre o conteúdo das mensagens – do ponto de vista semântico dos provérbios, cientificamente aceites. Tem como finalidade, capacitar o indivíduo, de forma a aumentar o grau de literacia na área, optando por comportamentos promotores de saúde de modo a gerir os riscos e adversidades do dia-a-dia. Recorreu-se a uma abordagem mista, na tentativa de clarificar melhor a temática em estudo, tendo havido necessidade de fazer a análise e seriação os provérbios e posteriormente a análise de conteúdo e sua categorização de forma a fazer a integração dos diferentes provérbios numa amostra de 290 provérbios. A análise, relativa aos provérbios seleccionados, demonstrou que embora muitos não tenham qualquer base científica, 126 (43,45%), em maioria são corroborados cientificamente 164 (56,55%) quer por estudos efectuados quer por opinião expressa de personalidades e organizações com credibilidade científica na área. Dos 290 provérbios seleccionados, verificou-se que a grande maioria (250) ou seja 86,2% do total, se inserem no espaço conceptual do que se designa Promoção da Saúde, e apenas um total de 13,8% dizem respeito à Prevenção Primária e Secundária, sendo 22 e 18 provérbios respectivamente. Na categoria 1 – a comportamental, 67 provérbios, apelam ao auto - responsabilização e 48 deles, fazem referência aos excessos e/ou fazem directamente advertência a determinado comportamento. Tal como o comportamento em geral, os comportamentos de saúde poderão ser Influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa. O recurso aos provérbios poderá ser uma estratégia na procura de mais e melhor saúde.

ABSTRACT

This research was undertaken within the scope of the doctoral programme on “Desarrollo y Intervención during the life cycle”.

It was intended that it would reflect about health and the different ways of promoting it, as well as figuring out if the generational messages can be perceived as a Strategy for Promoting Health and preventing disease. Today, it is quite consensual, and denoted by many proverbs, that health must be addressed holistically, positively and seen as a major resource to life, which urges to be protected. Promoting health implies capacitating the individual as to increase his literacy on this matter, so that everyone, individually or collectively, can opt for health promoting behaviours and be able to manage the daily risks and adversities. On the current scenario of an aged population, along with the increasing incidence and prevalence of chronic diseases, the Health Promotion and Disease Prevention, as recognised by the World Health Organisation, is a vital investment. Combined methodologies were adopted, in order to shed light on the subject under study, and there was a need to form categories to integrate the different proverbs of a sample of 290 proverbs. The analysis of the selected proverbs showed that, even though without any scientific basis (126 (43.45%)), the majority (164 – 56.55%) are scientifically proved either by studies or by opinions expressed by personalities and organisations with scientific credibility on the field. We acknowledge that access to information is ever increasing, technological evolution within the scope of pathology diagnosis is nowadays a reality and professionals are more and more prepared. Nevertheless, the results are not positive. From the 290 proverbs selected, the large majority (250) or 86.2% of the total did relate to Health Promotion, and only 13.8% were associated with Primary and Secondary Prevention, 22 and 18 proverbs respectively. Within the behavioural subcategory, 67 proverbs called for self-responsability. 48 of these made reference to excesses and/or directly adverted to some kind of behaviour.

As happens with general behaviour, health behaviours may be influenced by attitudes, habits, values, feelings and beliefs which characterise and define each person's lifestyle. Recurring to proverbs may be a strategy when it comes to searching more and better health.

RESUMEN

Esta investigación desarrollada en el Doctorado en Desarrollo y de intervención durante el ciclo de vida. El uso de refranes pueden ser una estrategia en busca de más y mejor salud. La presente recerca desarrollada en el ámbito del doctorado en la temática: Desarrollo y Intervención al longo de Ciclo de Vida. Aquí se ha pretendido reflexionar sobre las cuestiones de la salud y las distintas formas de promover y hacer realidad la medida en que las generaciones mensajes pueden guardarse como una estrategia para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El consenso parece hoy, al igual que muchos refranes para explicar que la salud se deba abordar de una forma global, positiva y como un recurso importante para la vida en la necesidad de preservar. Promover la salud, a fin de que la persona a aumentar su nivel de alfabetización en este ámbito a fin de que cada uno de ellos, individual o colectivamente, puede elegir cada vez más para llevar a cabo los promotores de salud, por un lado y otro que es capaz de gestión de los riesgos y las adversidades del día a día. En el espectro de un envejecimiento de la población, junto con el aumento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, tales como la Organización Mundial de la Salud reconoce que es una necesidad vital. Se hay hecho la opcion de los métodos mixtos, en un intento de aclarar el tema en estudio, y hubo la necesidad de cursos de formación a fin de que la integración de los diferentes proverbios en una muestra de 290 proverbios

El análisis de proverbios seleccionada, mostró que aunque muchos no tienen ninguna base científica, 126 (43,45%), en la mayoría son científicamente apoyado 164 (56,55%) y por estudios realizados por las opiniones expresadas por las personas y organizaciones con la credibilidad científica en la tematica. Se reconoce que la accesibilidad a la información es cada vez mayor, los avances tecnológicos en el diagnóstico de enfermedades es una realidad y los profesionales están cada vez más preparados, sin embargo, los resultados en la realidad en términos de salud no son alentadoras. En los 290 refranes seleccionados, se constató que la gran mayoría (250) es decir, el 86,2% del total, en relación con la promoción de la salud, y sólo un total de 13,8% se refiere a la prevención primaria y secundaria, y 22 y 18, respectivamente. En la sub - categoría de comportamiento, 67 refranes de la llamada libre - empoderamiento. En 48 de ellos se refieren a los excesos y / o hacem una advertencia a la conducta. El uso de refranes pueden ser una estrategia en busca de más y mejor salud.

RESUMEN EN CASTELLANO

Introducción

“Dime con quién andas y te diré quién eres...”

Proverbio popular

Cuando hablamos del aprendizaje humano, casi siempre nos referimos a la enseñanza institucionalizada y a los programas curriculares. Aunque una observación más atenta y ajena a este contexto en el que los actores se diferencian entre los que aprenden y los que enseñan, evidencia el aprendizaje de unos y otros en todos los espacios de la vida, siempre que estemos dispuestos a ello. Y en este contexto, que puede ser rápida y alegremente comparado con el aprendizaje de los “dichos populares” difundidos como un rescate de mensajes absorbidos de manera prácticamente inconsciente. Son como un toque de sabiduría, muy breve y circunstancial, que se ha ido perdiendo en las memorias y que, pese a los legados generacionales, permanece... un día tras otro, en una u otra situación en la que se escucha y acaba por tener sentido. Es el caso de la sabiduría proverbial. Un proverbio puede encerrar en sí mismo un significado y un sentido tan impactante que, por lo inusitado pero evidentemente verdadero, se convierte en un mensaje que explica e identifica lo real. No se sabe de donde surge el descubrimiento o la comprobación. Puede haber sido una experiencia repetida y continuada de comprobación. Puede haber sido una experiencia repetida y continuada de experiencias alternativas, o un error sistemático que alguna vez fue corregido y resultó ser eficaz. A lo largo del tiempo queda este toque de aprendizaje y ahora todos podemos convertirnos en vehículo de comunicación de algo, porque lo aprendimos y le atribuimos un significado en la vida práctica, en las acciones y en el lenguaje o incluso en los momentos más eruditos.

“A hacer y deshacer lo llaman aprender”

Es justamente esta idea la que pretende rescatar este trabajo: la sabiduría y el lenguaje de los proverbios, pero no en lo que se refiere a la salud. Esta será la vía de atención e investigación y, por tanto, el **objeto de estudio**: conocer las relaciones de mensaje entre esa sabiduría profana proverbial y los actuales contextos científicos en términos de salud. De hecho, la salud, aparte de un bien preciado, se considera cada vez más un recurso importante que urge preservar. Pero ésta no parece ser una idea actual, ni siquiera nueva. Ayer, al igual que hoy, y por tanto desde siempre, el sentido de estar sano, y su aplicación en la vida en términos de longevidad, así como la adaptación en calidad de vida, fueron los primordios al igual que ahora, la preocupación evidente del ser humano a nivel individual y colectivo, preocupación que debe su origen a las comunidades. Las formas

encontradas antaño para mantener la salud de la mejor forma posible, es decir para fomentar la salud, fueron objeto de una atención especial a lo largo de las generaciones. Desde esta perspectiva, una metodología que ha resultado ser infalible, parece estar relacionada con el paso de información oral, de generación en generación, sin prisa pero siempre oportuna. Pese a que cabe asumir que estos contenidos y esta sabiduría no pueden ser considerados científicos, y por tanto profanos, siguen estando certificados por las memorias de los resultados empíricos, que los humanos que nos precedieron, entendieron como válidos para esta práctica de Promoción de la Salud entre las generaciones anteriores. Esta es, en suma, la razón principal por la que llegaron hasta nosotros.

En la actualidad, la cuestión se ha convertido en “*asunto público*” y ha adoptado el carácter de investigación científica en proporciones inter y transinstitucionales e intercontinentales. En este contexto, puede parecer que la sabiduría proverbial ha sido omitida o desarmada. El concepto de salud, promoción o prevención, es actualmente difundido por el saber científico. El mundo occidental admite ahora una preocupación fundamental en este proceso de mantenimiento y Promoción de la Salud. Fue precisamente en este contexto, y en su calidad de centro de investigación, donde en 1945 Henri Sigerist¹ introdujo por primera vez la expresión “Promoción de la Salud” en el mundo académico-científico para la defensa de la Promoción de la Salud como la primera de las cuatro tareas esenciales de la medicina en el área de la salud. Desde entonces se han elaborado varios documentos² y se han celebrado diversos actos con el intento de impulsar un nuevo modelo de enfoque sanitario que, cronológicamente, se situaría a partir del Informe Lalonde de 1974. Posteriormente ha sido refrendado por los posicionamientos adoptados en la Conferencia de Alma Acta y en la Declaración de Adelaida, ambas en 1978. Estos dos

¹ En 1945, el médico francés Henry Sigerist ha definido cuatro tareas esenciales de la medicina en el área de la salud: **la Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación del enfermo y la rehabilitación**. Además, el investigador ha destacado como puntos esenciales para un programa nacional de salud la educación gratuita universal, buenas condiciones de vida y trabajo, oportunidades de descanso y recreo y, desplazándose del pensamiento tradicional, la atención médica como última prioridad.

² El Informe Lalonde, relatado por el entonces ministro de la Salud de Canadá, afirma que, aunque la mayoría de los recursos aplicados en la salud estar destinada a la organización de los cuidados médicos, existían aún tres factores ignorados – la biología humana, el entorno y el **estilo de vida**. La Organización Mundial de Salud (OMS) reforzó este movimiento sustituyendo lo antiguo concepto de salud, limitado a la ausencia de enfermedad, por otra definición mas amplia que, hoy abarca el bienestar físico, mental y social. En 2007, la Unión Europea elabora el *Libro Blanco: juntos por la salud, un planteamiento estratégico para la UE* (2008 – 2013), con el objetivo de definir una abordaje integrada a nivel de la Unión Europea que contribuya para la reducción de los problemas de salud, principalmente aquellos provocados por la mala alimentación, exceso de peso y obesidad. Su elaboración tuvo como base el libro verde (promoción de regímenes alimentares saludables y actividad física) y también la plataforma de acción europea para la alimentación y la actividad física.

acontecimientos serían los impulsores de las disposiciones adoptadas en la Carta de Ottawa en 1986 y ratificadas en la Declaración de Yakarta de 1997, entre otros.

Partiendo de estas iniciativas, más o menos aisladas aunque perseverantes, pero con la atención general de las comunidades responsables centrada en la salud mundial, algunas instituciones, teniendo como base estos documentos, adoptaron o concepto de Promoción de la Salud. Este concepto, podrá pues materializarse en una serie de esfuerzos, que representan actualmente una estrategia prometedora para afrontar los innumerables obstáculos probadamente reconocidos como factores capaces de comprometer la salud del individuo en particular y de la comunidad en general.

En este sentido, y con estas preocupaciones como telón de fondo, pero de una manera decisiva en la segunda mitad de los años ochenta del siglo pasado, la Carta de Ottawa de 1986, con la definición de la Promoción de la Salud como *“un proceso de “capacitación” (enabling) de las personas para aumentar el control sobre su salud y para mejorarla”*, abriría un debate entre la comunidad científica sobre, *a quién le corresponde la responsabilidad de la salud: ¿a las instituciones, a los profesionales o a los individuos?*

Y la respuesta a esta pregunta apuntaría la clave de este concepto ya que, de acuerdo con Green y Raeburn (1990), la esencia del concepto nos remite a la palabra **capacitar** (to enable) que, en su significado y semántica, significa ofrecer los medios y las oportunidades para que sea posible. Pero ¿para que sea posible el qué? ¿Para qué? En resumen, la respuesta será conseguir que el individuo sea (por sí mismo) capaz de asumir el control y la responsabilidad sobre su salud. De hecho, el concepto materializado no parece eximir en absoluto la responsabilidad de instituciones y profesionales ya que los responsabiliza también de facilitar y permeabilizar la información, los medios y la vigilancia en esta área. Pero en realidad, este concepto devuelve la responsabilidad al individuo por su comportamiento y, por tanto, por los actos que practica en su vida cotidiana, para un continuum, conservar o no la salud.

Así pues, éste parece ser el mensaje que contienen los proverbios. Una locución proverbial no arremete contra los organismos institucionales implicados, sino contra el individuo en sí. Por ejemplo, **“acostarse y levantarse temprano hace ricos y sanos”** es un acto de la vida diaria a lo largo de su continuum que identifica un hábito de vida, del que se alimentará un perfil promotor (o no, si no se cumple) de la salud. Resulta curioso, aunque elocuente, el concepto de la Carta de Ottawa, que corrobora la primera de las nociones de responsabilidad: atribuir al individuo la adopción de comportamientos y actitudes que lo conviertan en el principal protagonista de su salud. Así pues, los proverbios relevan un

contexto y no se centran en las excepciones, pero al igual que el concepto de capacitación, se dirige al individuo.

Pero eso no es todo. Porque no excluye la responsabilidad de los miembros sociales, ya que las instituciones políticas, sociales y sanitarias están incluidas en este concepto. La responsabilidad de las decisiones políticas sanitarias, de ordenación del territorio (subyacente a los contextos de conservación de la salud ambiental y de la higiene), o de las políticas de empleo, por ejemplo, reside en estos órganos seguros. De este modo, la "Promoción de la Salud es un concepto multidisciplinario que comprende aspectos de organización, económicos, medioambientales así como estrategias que, finalmente, contemplan el cambio en el comportamiento tendente a la adopción de un estilo de vida saludable" (Ribeiro, 1998) pero en la base de la cadena de transmisión de la responsabilidad, sea como ciudadano o como Ser Humano en un estado de Derecho. En el centro de esto se encuentra el sujeto individual, en cuanto entidad informada, en lo que respecta a la aceptación de sus deberes relacionados con la promoción y la prevención (por lo menos primaria) de su salud.

En esta constelación de responsabilidades, queda por comprender y asumir que la información, el diálogo y la demanda de información, emergen como un derecho del ciudadano. Obviamente, la palabra es contraria al silencio y, al igual que los conceptos de la Carta de Ottawa, asume especial importancia en la transmisión de la sabiduría popular.

"Hablando se entiende la gente".

Parece haber un mensaje promotor de salud en cada proverbio que, pese a su aparente carencia de evidencia científica, existe en la gran mayoría de los contenidos proverbiales, y que se verá corroborado progresivamente por los actuales supuestos de conservación de la salud. A partir de ahora no podremos partir de la base de que todo lo que se dice es científicamente verdadero. Partimos de la base, tal como se expondrá detallada y fundamentadamente más adelante, de que un proverbio es un mensaje circunstancial, micro/mesocultural y, por consiguiente, restrictivo, pero en observación, para corroboración o nodel punto de vista científico. En resumen, son mensajes relacionados con el comportamiento o con la actitud en un contexto muy concreto con el estatuto de sujeto en observación.

Los proverbios son frases cortas que surgen de experiencias anteriores a las que no parece existir la posibilidad de acceder, y que pasan de padres a hijos, y aunque a veces contradictorios, encierran conceptos aprendidos en la vida, representan una sabiduría popular en forma de consejos sabios o lecciones de vida. "*Más vale prevenir que curar*" expresa una verdad absoluta, no siempre seguida por las personas y con unas conse-

cuencias (curiosa o lamentablemente) reconocidas. Concretamente en materia de salud, Azambuja, (2004) recuerda que algunos proverbios tienen una enorme repercusión en la salud en general por su base científica.

Enfoque epidemiológico y científico del problema

La morbilidad y la mortalidad mundiales parecen tener como subyacente, por lo menos en gran parte, el comportamiento humano. El Informe Mundial de Salud del año 2002 de la Organización Mundial de la Salud, apunta esta cuestión cuando manifiesta que los principales factores de riesgo contribuyen a los valores de mortalidad y morbilidad de la mayoría de los países. En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, los factores de riesgo más importantes son la hipertensión, el consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, la deficiencia de hierro, el colesterol sanguíneo alto, el consumo inadecuado de frutas y verduras, la inactividad física y el exceso ponderal. Estas patologías se derivan y son mantenidas en gran medida por los comportamientos.

Unos hábitos alimenticios poco saludables y la inactividad física son unas de las principales causas del aumento de los factores de riesgo antes mencionados y de la aparición de enfermedades tales como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes *mellitus* tipo 2 y algunos tipos de cáncer, lo que repercute considerablemente en los gastos globales sanitarios y en los valores de mortalidad.

Ante la creciente y alarmante prevalencia de este tipo de enfermedades, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitaron en mayo de 2002 la elaboración de una estrategia global que pudiera ser utilizada como instrumento para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (DGS, 2008). Portugal, en su calidad de estado miembro y con problemas de este tipo, intenta revertir esta situación, aunque a veces no obtenga los resultados deseados.

Con el intento de mantener el equilibrio con el ambiente circundante, el hombre, a lo largo de los tiempos, ha implantado estrategias y prácticas en función de los recursos y de los conocimientos de los que dispone. Las prácticas relacionadas con la salud o con su ausencia, han sufrido numerosas modificaciones desde la antigüedad hasta el momento actual y ha conseguido auténticos "milagros" en el control de las epidemias relacionadas con unos determinados gérmenes. La segunda revolución sanitaria nos advierte de una nueva "epidemia": la comportamental (Ribeiro, 1998). Estudios científicos en el área de la salud y divulgados por la DGS (2004, 2005) así como algunas preocupaciones traducidas en la European Heart Health Charter, demuestran que las enfermedades cardiovas-

culares son la primera causa de fallecimiento de hombres y mujeres en Portugal y en Europa, lo que desemboca en una elevada incapacidad y reducción de la calidad de vida. De ahí la necesidad de desarrollar esfuerzos con vistas a la inversión de estas tendencias, teniendo en cuenta que, tal como se manifiesta en el artículo 3 de la mencionada carta, "la enfermedad cardiovascular es una condición formada por muchos factores, por lo que es fundamental un abordaje de todos los elementos determinantes y de los factores de riesgo, tanto a nivel social como individual". É es un facto que la salud cardiovascular está relacionada con algunos comportamientos: el consumo de tabaco, una actividad física adecuada, como mínimo 30 minutos, cinco veces a la semana y, además, unos hábitos alimenticios saludables, la ausencia de sobrepeso y la capacidad de evitar el exceso de estrés, entre otros.

En los últimos años hemos asistido a una veloz democratización de la información que parece ser una paradoja en los reflejos en términos de salud, sobre todo en los comportamientos sanitarios. En base a esta línea de análisis, resulta evidente la necesidad de algo más que la información para aumentar los niveles de literacia en salud, sabiendo que la literacia en salud comprende un conjunto de competencias cognitivas y sociales así como la capacidad de los individuos para conseguir comprender y utilizar la información de manera que fomenten y conserven un buen estado de salud (WHO, 1998).

El presente estudio se incluye en el ámbito de las Ciencias de la Salud, con especial hincapié en la Promoción de la Salud, cuya investigación está orientada concretamente a la paremiología y a sus aportaciones en la salud.

Pertinencia y Motivaciones

Creemos que la construcción conjunta del conocimiento es la estrategia a través de la cual podremos alcanzar la Promoción de la Salud como una metodología desarrollada en la práctica de Educación y Salud. Partiendo de este supuesto, cabe considerar la experiencia cotidiana de los actores implicados - una forma de capacitación de los individuos y grupos de población - mediante el rescate del conocimiento empírico y la obtención de un mayor poder (*empowerment*) para encauzar la intervención de las relaciones sociales que afectan a la calidad de sus vidas.

En el contexto general de globalización en el que vivimos, y del profundo dominio tecnológico en todas las áreas, y especialmente en la salud, nos parece fundamental la comprensión cultural e histórica en torno al fenómeno binomio salud/enfermedad, así como la aportación generacional del sentido común, en esta área, tantas veces relegado por la ciencia.

Los proverbios relacionados con la salud parecen ser un eficaz instrumento de vida armoniosa que nos conducen a uno menor predominio de enfermedades. Azambuja (2004), declara que incluso deberían ser enseñados en las escuelas y, seguramente ayudarían a formar individuos más capaces de mejorar la salud, en lugar de esperar a tratarse las enfermedades. Por esto, aquí abonamos esta idea como una plusvalía para un abordaje institucional en Educación para la Salud, en el sentido de cimentar y reforzar conocimientos que, de este modo, serían percibidos como más válidos o más verdaderos y, por tanto, llevados a la práctica con más facilidad.

En base a estos supuestos, la motivación personal y la posterior opción para el estudio de este tema residen en dos razones fundamentales:

1. Interés profesional
2. Interés para la comunidad científica, concretamente en el área de la salud.

Como profesora de una Escuela Superior de Salud, es necesario un conocimiento más exhaustivo en el área de la salud, así como de sus elementos determinantes. Pero incluso así parece restrictivo. En realidad existe la necesidad de reconocer la urgencia de las necesidades de salud y su constatación a lo largo del tiempo: reconocer las estrategias para la transmisión de mensajes de mantenimiento de la calidad de vida es, en sí mismo, un aspecto que, aparte de ser actual, es también de interés mundial y se proyecta en el futuro. Cuanto mayor sea el dominio de las diferentes áreas de donde surge este conocimiento, mayor será la comprensión del usuario/paciente en su calidad de ser cultural, social y, en suma, persona.

Aunque la esencia de la pertinencia reside en el hecho curioso de que no parece importar la sofisticación del método, sino la eficacia. Así pues, cabe destacar la importancia de un estudio en esta área ya que cada vez más los expertos en el área de la salud, especialmente la OMS, hacen hincapié en la Promoción de la Salud y en los estilos de vida saludables como forma de mejorar la salud de una comunidad. Reconocer un proverbio como una forma eficaz de proporcionar medios de información y convicción, tal como defiende la Carta de Ottawa como responsabilidad de profesionales, sería la mejor forma de reducir los comportamientos perniciosos.

También cabe manifestar que con este trabajo no se pretende hacer apología del sentido común, ni mucho menos subestimar la ciencia y su aportación al progreso de la humanidad, tal cosa no correspondería a un trabajo metodológico científico, sino tan sólo rescatar para las actuales comunidades técnicas y científicas el valor del sentido común en el proceso de producción y socialización del conocimiento y, a partir de éste, la posible conservación de la salud. No debe ignorarse ni reprimir el sentido común ya que como de-

fiende Alves (1981), la ciencia se traduce en un saber que emana de la búsqueda de soluciones a los problemas que emergen del sentido común.

A la par de una cultura profesional, en la que domina el espíritu científico y una preocupación de competencia assente en el dominio del conocimiento y en las técnicas, no podemos olvidarnos que todavía subsiste una cultura popular hecha de tradiciones e impregnada de religiosidad. En general, estas referencias culturales en el dominio de la salud, están relacionadas con el desarrollo de la vida (Honoré, 2002). En términos generales, "contemplan el respeto del equilibrio entre el hombre y la naturaleza... tienen un significado preventivo y educativo y dicen lo que debe hacerse para conservar el cuerpo, para vivir lo mejor posible las etapas de la existencia y pasar sin traumas de una a otra y para alejar y evitar la enfermedad" (Honoré:p.62).

Aunque pueda parecer que estas referencias culturales están perdiendo importancia con la urbanización de las sociedades, la democratización de la información y el desarrollo de la medicina científica, estamos de acuerdo con el autor antes mencionado cuando evidencia que en realidad, si observamos los comportamientos, las nuevas prácticas y estamos atentos a lo que se dice acerca de la salud, veremos que las prácticas y las referencias tradicionales se transforman en sus manifestaciones pero no desaparecen. En este contexto, merece la pena profundizar en la cultura popular relativa a la salud puesto que el reconocimiento del sujeto en las prácticas de salud y la escucha de su experiencia de vida coinciden co

n la noción de abordaje global de la persona y con la contestación de las concepciones y de las prácticas basadas en la división del cuerpo y de sus funciones.

La actividad científica es utilizada para acceder al conocimiento y renovarlo en el sentido de aclarar aspectos problemáticos del sentido común y ofrecer respuestas a problemas e inquietudes. Por consiguiente, los supuestos plasmados en esta reflexión pretenden permeabilizar esta articulación entre las formas básicas de conocimiento y desarrollar una comprensión satisfactoria de la Promoción de la Salud, en el ámbito de una visión compartida entre los progresivos cambios de paradigmas en el Sistema Sanitario.

Por ello cabe comprender que la Promoción de la Salud pueda asumirse como un componente indispensable en este proceso, siendo el elemento central de sus intervenciones el individuo en sí mismo pero perteneciente a una comunidad en sus múltiples relaciones, de las cuales, según Bronfenbrenner (1996), no podrá librarse nunca del todo, desde las relaciones más substanciales hasta el contexto comunitario. En resumen: teniendo en mente el concepto de promoción, es necesario saber, tal como afirma Ronald Labonte en el prólogo del libro "Promoción de la Salud: poder y empoderamiento" de Laverack

(2008), que los promotores de la salud, independientemente de su contenido de trabajo, pueden facilitar los cambios deseados en los ámbitos del empoderamiento.

Objetivos y Finalidad

La novedad que aporta esta investigación en el área científica no es tanto el conocimiento paremiológico sino el reconocimiento de que, antes de ser científicamente comprobado, el Hombre en su sentido común ya se había enfrentado a la necesidad de construir una información que promoviera la Vida. De hecho, el proverbio parece tener este origen, como un mensaje de transporte generacional, y por tanto imperdible, que de forma agradable anunciaba la empíria, el saber profano de las vidas anónimas en el sentido de mantener y fortalecer lo que en la actualidad llamamos estilos de vida saludables.

Con el ánimo de dar continuidad a esta investigación, y como orientación del recorrido metodológico, se definirán los siguientes objetivos:

- Acceder a través de la bibliografía cultural disponible a los proverbios que identifican actitudes o comportamientos de salud y bienestar.
- Analizar los proverbios encontrados en un contexto de Promoción de la Salud.
- Establecer una relación / análisis de contenido científico entre los mensajes, desde el punto de vista semántico, los proverbios y los contenidos científicamente aceptados y relacionados con la salud.

Con el objeto de dar continuidad a los objetivos definidos, se definirá un recorrido metodológico que, en general, se materializará en tres espacios cronológicos estructurales:

1. A partir de una investigación bibliográfica y teniendo como base a autores en las áreas cultural y sociológica en la que estén presentes formas proverbiales
2. Los proverbios serán objeto de un análisis específico de contenido con el objeto de identificar entidades categoriales que incluyan, en sentido y significado, las grandes áreas de intervención del Sistema Sanitario.
3. Una vez identificadas las áreas categoriales o categorías estructurales, se llevarán a cabo análisis comparativos entre el contenido semántico de los proverbios y los contenidos científicos, teniendo como base las publicaciones científicas en el área de la salud.

Para mejor acceder y comprender el fenómeno en cuestión, se ha recurrido a una investigación de carácter cualitativo, de cariz fenomenológico (Boemer, 1994) ya que, aparte de la identificación y seriación, es importante acceder al sentido semántico del mensaje de cada proverbio. Así pues, cabe asumir que **el objeto de estudio** es el mensaje semántico proverbial en torno a la salud, por lo que todos los proverbios estudiados se

asumen como un sujeto de la muestra en cuestión. A partir de cada muestra, es decir cada mensaje proverbial, se procederá a su correspondiente clasificación.

La creación de las unidades / áreas categoriales tendrá como base las concepciones de los Estilos de Vida Saludables, ya considerados importantes por Lalonde en 1974 y que la Organización Mundial de la Salud continúa manteniendo como actuales, por ser decididamente esenciales y porque es a partir de ellos y la finalidad de todos ellos, que la OMS exige a los responsables del área de la salud, la realización de acciones de Educación para la Salud y de la Promoción de la Salud.

Presentación de la disertación

Esta investigación se presenta en tres Secciones, y cada una de ellas consta de tres Capítulos.

La Primera Sección empieza con un Primer Capítulo en el que se plantea un abordaje de la dicotomía salud/enfermedad, desde el modelo biomédico de salud al modelo salutogénico.

El enfoque de este capítulo contempla la Promoción de la Salud y sus elementos determinantes susceptibles de ser modificados por el comportamiento humano.

La aportación de la Paremiología, y su pertinencia al área de la salud, mantienen la secuencia de esta sección iniciada con una reflexión sobre el saber generacional en forma de análisis que aquí recibe el título: del saber profano al saber científico. Corroboramos la opinión de Leonardo da Vinci cuando afirma que *“Ninguna investigación tiene sentido si sus resultados no pueden ser comprobados en la práctica diaria”*. Con posterioridad y progresivamente se presentarán los abordajes de carácter científico que vayan presentando, de algún modo, una base científica.

La Segunda Sección:

Presenta un capítulo inicial que incluye la Metodología, que a su vez expone los objetivos, el tipo de estudio, así como los materiales y los métodos. En un subcapítulo se ofrecerá una explicación sucinta sobre la forma utilizada para acceder a las categorías, que se centrará en el Análisis Cualitativo de los datos.

La Tercera Sección presentará tres capítulos:

Un capítulo en el que se procede al Análisis y Discusión de los resultados obtenidos y se expone un Análisis Reflexivo entre el Saber Profano de las Categorías y los contextos

científicos. A partir de los Objetivos presentados, se procederá a una presentación focal y sucinta entre las expectativas y los mensajes encontrados y cuáles de estos son o no corroborados científicamente.

Por último se presentarán las conclusiones y una Propuesta de estudio para el futuro.

Salud *versus* Enfermedad

“La salud, al igual que la fortuna, deja de favorecer a quienes abusan de ella”

Es indiscutible que la salud es un bienpreciado. Benjamim Franklin decía: *“no cambies la salud por riqueza, ni la libertad por poder”*, valorando así sobremanera la salud y la libertad.

La salud es un derecho consagrado en la constitución de la República. Es también el mayor y mejor recurso para el desarrollo social, económico y personal así como uno de los elementos más destacados de la calidad de vida. Por ello no puede reducirse a una relación biológica de causa y efecto ya que el hombre es un ser histórico y como tal está expuesto a la influencia del medio social y cultural. (Assunção & Fontoura, 2002)

El arte de vivir con salud se opone claramente al arte de curar (Graça, 2005). Hablar de salud es algo más que no estar enfermo. La definición propuesta por la OMS es un ejemplo de ello cuando dice que es “un completo bienestar físico, mental y social y no tan sólo la ausencia de enfermedades o discapacidades”.

Pensar en la salud como una mera ausencia de enfermedades es una visión limitada de lo que el concepto implica y es el origen de uno de los problemas medulares de las sociedades occidentales. Contrariamente a la antítesis que podría establecerse entre salud y enfermedad, el individuo debería colocarse en una línea a la que Nunes (2002) llama la línea de su vida. En esta línea, la persona avanza de un punto a otro, de una situación de dificultad o disfuncionalidad a una situación de máxima vitalidad, de enorme satisfacción y de máxima funcionalidad. En este contexto, y de acuerdo con este autor, las alternativas actuales son la capitalización de una riqueza que recibimos y que podemos gestionar en beneficio nuestro y de los demás. Según Ribeiro (1998), salud y enfermedad son procesos y estados que forman parte de la vida y que median entre la concepción y la muerte. La salud es traducida como el equilibrio funcional, que no puede excluir el ambiente, ya que las enfermedades son procesos en los que el equilibrio ecológico sufre perturbaciones. Este autor defiende también que, a pesar de que la salud es fundamental en la evolución de las especies vivas, no basta con estar vivo, es primordial tener energía y fuerza para actuar y tranquilidad y calma para reflexionar. Para disfrutar de ello, manifiesta la idea de que para estar sano “es preciso tener equilibrio, adaptarse a los cambios, controlar totalmente los recursos mentales y físicos... (...) la salud es algo positivo, una

actitud jovial, alegre ante la vida, es la aceptación de las responsabilidades que impone la vida” Ribeiro, 1998:p. 47-48)

Metodología

***“ El que no arriesga nada, nada consigue...
detrás de los riesgos se esconden las oportunidades”***

La investigación científica empieza en el conocimiento vulgar alejándose no obstante de las metodologías y de los principios utilizados. Tal como afirma Morais (1998), nunca debe olvidarse que las investigaciones de la Ciencia parten de las creencias basadas en el conocimiento vulgar. En base a esta línea de pensamiento, Cotrin (2002) nos recuerda que a veces las ideas y opiniones que se ven reproducidas irreflexivamente en la vida diaria, a veces esconden ideas falsas, parciales e incluso preconcebidas, mientras que otras pueden revelar una profunda reflexión sobre la vida. Coincidimos con este autor en que el sentido común no pasa necesariamente por criterios de verdad o falsedad sino por la ausencia de una fundamentación sistemática.

Este trabajo intenta esta sistematización y fundamentación. Para ello se recurre a metodologías mixtas, cuya finalidad última es encontrar una fundamentación científica en proverbios relacionados con la salud.

La pregunta inicial a partir de la cual se desarrolló el proyecto fue: **“¿Cuál es la importancia de los proverbios en el proceso de Promoción de la Salud?** En opinión de Martins y Bicudo (1989) cuando nos hacemos una pregunta estamos caminando en dirección al fenómeno en el que se manifiesta por sí mismo a través del sujeto que experimenta la situación.

Será también en este sentido, y por el significado atribuido a la evidencia de las experiencias, que las lógicas de cada una de las tipologías inherentes a las investigaciones cualitativas y cuantitativas son diferentes, pero no incompatibles.

Dentro de las metodologías cualitativas, recurrimos a la fenomenología. El método fenomenológico no contempla las relaciones causales, sino que muestra la esencia del fenómeno. Buscar la esencia del mundo no es buscar aquello que el mundo es en idea, sino más bien buscar aquello que de hecho es para nosotros. Marleau Ponty (1999).

En esta investigación se procedió a la selección de los proverbios a partir de una recopilación de los mismos, teniendo como base libros portugueses en el ámbito de la paremiología, Ribeiro (2003); Brazão (2004); Parente (2005); Machado (2005) y programas de búsqueda en Internet. A través de palabras clave *Proverbio y salud; proverbio y vino; proverbio y alimentación y proverbio y vino*

Gracias a la bibliografía cultural disponible de proverbios identificadores de actitudes y comportamientos de salud y bienestar, se intentó básicamente analizar los proverbios encontrados en un contexto de Promoción de la Salud así como establecer una relación/análisis de contenido científico entre los mensajes, desde el punto de vista semántico, los proverbios y los contenidos científicamente aceptados y relacionados con la salud. A pesar de encontrar muchos más en otros idiomas distintos al portugués, se seleccionaron 290 proverbios, todos ellos descritos en la literatura portuguesa. No obstante, cabe destacar, tal como se describe en varios documentos muchos de ellos utilizados también en otros países, donde se evidencia a la vecina España.

1ª - la Promoción de la Salud; 2ª – la Prevención primaria; y 3ª – la Prevención secundaria.

La 1ª categoría, la Promoción de la Salud, por el hecho de incluir discursos proverbiales en esta área, genera subcategorías que, metodológica y taxonómicamente la incluyen en significado y sentido, en base a los estilos de Vida, lo que resulta en las siguientes subcategorías:

- la “Comportamentalidad”; o “Salud como bien mayor”; “Holismo”; “Determinantes de la salud”; La salud no es negociable”; La salud es negociable”; “Salud = belleza”; “Relación/Amistad” y “La ocasión hace al ladrón”.

La 2ª categoría, la **Prevención Primaria**, por las razones metodológicas antes mencionadas y respetadas, generó las subcategorías de:

“No hay mal que por bien no venga”; El síntoma como alerta” y “Mas vale prevenir”.

Y según el mismo método logístico y taxonómico, de la 3ª y última categoría, **Prevención Secundaria**, surgieron las siguientes subcategorías:

- “Tratamiento como desplacer”; “El tratamiento es siempre posible”; “La enfermedad como desesperación”; y “Resucitar”.

Progresiva y secuencialmente, este árbol de categorías avanzó en el sentido de aguzar el reconocimiento, el respeto del significado y el sentido de los discursos/fonemas incluidos en la Muestra proverbial. Por tanto:

La subcategoría **comportamental** generó también: la “autorresponsabilidad”; la “Advertencia ante los excesos”; el “Moralismo” y el “comportamiento no apetecible”.

La subcategoría de los **determinantes de la salud**, generó las subcategorías de: la “alimentación”; el “Ejercicio físico”; el “Sueño y descanso”; el “Consumo de tabaco y drogas”.

Dentro de la **Alimentación** se incluyó el alcohol/vino; el agua, la carne; la sal, el aceite, el pescado y la grasa y hábitos alimentarios.

Por último, la subcategoría **hábitos alimentarios** generó: los “Excesos y frugalidad”; la “Calidad de la materia prima”; el “Somos así”; y por último “aprender a aceptar”.

El mismo proverbio se incluye a veces en más de una categoría, tal como se puede constatar en la parrilla de categorías que presentamos en el capítulo siguiente, **ya que su discurso y su significado inherente** puede situarse en un primer análisis en la categoría comportamental (por ejemplo) y al mismo tiempo incluirse en una subcategoría de los determinantes de la salud o incluso relacionarse con una u otra subcategoría de éste.

La **2ª categoría, Prevención Primaria** está subdividida en tres subcategorías: “No hay mal que por bien no venga”, “El síntoma como alerta” y “Mas vale prevenir”. Por último, la categoría de la **Prevención Secundaria** engloba las subcategorías: el “tratamiento como displacer”, “El tratamiento es posible”, “El medio hospitalario/miedo al displacer”.

Resultados

En este punto del estudio, y tal como se puede comprobar a lo largo de los cuadros mostrados a continuación, se expondrán las dimensiones e interrelaciones importantes que conforman el objeto de estudio, es decir, lo corroborado científicamente de los contenidos de los proverbios. Así pues, y tal como podremos observar, de la muestra compuesta por los 290 proverbios seleccionados se comprueba que la gran mayoría (250) es decir el 86,2% del total, están relacionados con la Promoción de la Salud, y apenas un 13,8% se refieren a la Prevención Primaria y Secundaria, con 22 y 18 proverbios, respectivamente.

Cuadro 1 - Distribución de los proverbios según las categorías

CATEGORÍAS	Nº de proverbios
“Promoción de la Salud”	250
“Prevención primaria”	22
“Prevención secundaria”	18
Total	290

En el cuadro 2 puede observarse que en la categoría de promoción y en la subcategoría comportamental nos encontramos 67 proverbios que apelan a la autorresponsabilidad, de

los cuales 48 se refieren a los excesos y/o hacen mención directa a determinado comportamiento.

Cuadro 2 - distribución de los proverbios según la subcategoría comportamental

Promoción de la Salud "Comportamental"	Nº de proverbios
Autorresponsabilidad	67
Advertencia /excesos	48
Moralismo	53
No apetecible	3
Total	171

También se constató que de los proverbios estudiados, en la categoría comportamental se encontraron 13 proverbios que evidencian la salud como un "Bien Mayor" y 29 proverbios que evidencian en su semántica el concepto de "holismo". Al intentar clasificar los mensajes proverbiales que se refieren directa o indirectamente a los determinantes de la salud se encontraron 104, de los cuales 81 aluden a la alimentación y/o hábitos alimentarios, seguidos de los proverbios que hacen hincapié en el ejercicio como una práctica saludable (14 proverbios).

Cuadro 3 - Distribución de los proverbios según los determinantes de la salud

Comportamental "Determinantes de la salud"	Nº de proverbios Encontrados
Alimentación	81
Ejercicio Físico	14
Sueño y Descanso	6
Consumo de tabaco/drogas	3
Total	104

Si analizamos el cuadro 4 se comprueba que prácticamente la mitad de los proverbios que engloban la alimentación (39 de un total de 81) hacen referencia al vino / alcohol, seguidos del agua con 18 proverbios. La grasa, la sal y el aceite aparecen en *ex equo* con una frecuencia de dos.

Cuadro 4 – Distribución de los proverbios en las subcategorías de “alimentación”

Determinantes de la salud “Alimentación”	Nº de proverbios encontrados
Consumo de vino/alcohol	39
Agua	18
Pan	8
Carne	5
Aceite	5
Pescado	2
Sal	2
Grasa	2
Total	81

De los excesos comportamentales que pueden cometerse, en los excesos practicados en lo que se refiere a la alimentación así como a la frugalidad, se encontraron 15 proverbios y 8 que aluden a la materia prima utilizada.

Cuadro 5 – Distribución de los proverbios de la categoría subcategoría hábitos alimentarios

“Hábitos alimentarios”	Nº de proverbios encontrados
Excesos /Frugalidad	15
Calidad de la materia prima	8
Somos así	7
Aprender a aceptar	3
Total	33

También en la categoría de “Promoción de la Salud, y con relación a los proverbios que aluden a que la salud no es negociable, se encontraron seis. Por el contrario, los que se refieren a la enfermedad como algo que resulta caro y que supone la comercialización, encontramos cinco. La referencia de la salud como sinónimo de belleza y jovialidad en el lenguaje proverbial, aparece con una frecuencia de cuatro. Cabe señalar también que encontramos dos proverbios que hacen hincapié en que la ocasión hace al ladrón, es decir los momentos y el lugar en que se desarrollan las acciones desembocan en unos determinados tipos de comportamiento.

En el ámbito de la prevención primaria, en un total de 22 proverbios encontrados, se halla el mismo número de proverbios tanto en la subcategoría “más vale prevenir “ como en la subcategoría “el síntoma como alerta”. La subcategoría “no hay mal que por bien no venga” incluye 6 proverbios.

Cuadro 6 – Distribución de los proverbios por subcategorías que engloban la prevención primaria

“Prevención primaria”	Nº
Más vale prevenir	8
No hay mal que por bien no venga	6
El síntoma como alerta	8
Total	22

Si analizamos el cuadro 7 comprobaremos que de los proverbios encontrados que se refieren a la prevención secundaria, la subcategoría “el tratamiento es siempre posible” es en la que recaen más proverbios (9), seguida con cinco proverbios en la subcategoría “la enfermedad como desesperación”.

Cuadro 7 – Distribución de los proverbios por subcategorías que engloban la prevención secundaria

“Prevención secundaria”	Nº
El tratamiento es siempre posible	10
La enfermedad como desesperación	5
El medio hospitalario/Miedo/Desprecio	2
El tratamiento como displacer	1
Total	18

Cabe destacar que sólo se encontró un proverbio en la categoría “la enfermedad como estatuto”. Tal como se puede comprobar en el cuadro 8, de la investigación llevada a cabo en los 290 proverbios, en 164 (56,55%), se halló corroboración científica y no se halló corroboración científica en 126 proverbios (43,45%).

Cuadro 8 – Distribución de los proverbios en función de la corroboración científica

Proverbios	Nº	%
Con corroboración científica	164	56,55
Sin corroboración científica	126	43,45
Total	290	100,00

Discusión

Partiendo del supuesto de que “La temporalidad del hombre no se mide con reloj, en cada momento carga con su pasado y con su futuro. Lo que realmente existe es el presente, donde se concentra todo un pasado vivido y todo nuestro futuro por vivir”. (Souto, 2003, p. 49), se intentó encontrar un hilo conductor de un pasado lejano a la realidad actual.

Con lo que se fue construyendo con los resultados obtenidos parece poder constituirse una teoría de Promoción de la Salud que revele en sí una existencia sólida de un gran número de proverbios y su relación basada en investigaciones científicas.

Por la investigación llevada a cabo en el ámbito de la salud y las diferentes formas de promoverla, resulta evidente que muchos preceptos actuales y recomendaciones establecidas por la comunidad científica figuran implícita o explícitamente en una gran mayoría de proverbios

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pese a que este concepto ha sido más utilizado en las últimas décadas, se encontraron proverbios que explícitamente refuerzan comportamientos promotores de la salud. La Promoción de la Salud y el estilo de vida son conceptos que encierran implícitamente todos los principios de la segunda revolución de la salud (Ribeiro, 1998).

Harris y Guten (1979) llevaron a cabo una investigación en la que trataron de identificar los comportamientos protectores de la salud. A través de *cluster analysis* identificaron cinco grupos de comportamientos.

A. Prácticas saludables – comer de forma razonable, evitar resfriados, hacer ejercicio, dormir en calidad y cantidad, limitar el consumo de determinados alimentos, vigilar el peso, entre otras.

B. Prácticas protectoras tales como comprobar el estado de funcionamiento de las herramientas, reparar las cosas y tener un botiquín de primeros auxilios.

C. Cuidados preventivos de la salud, entre los que se incluyen la comprobación de la tensión arterial, la salud bucal y la valoración del estado de salud en general.

D. Evitar los riesgos medioambientales tales como las zonas peligrosas, las zonas de delitos o las zonas de contaminación

E. Evitar sustancias peligrosas tales como el tabaco y las bebidas alcohólicas

Es justamente en estos contextos y en estas diferentes prácticas donde se enmarcan una gran parte de los proverbios estudiados. El contenido de las prácticas de salud pueden verse en los proverbios “Agua hervida es media vida”, “Uvas, pan y melón son sustento de nutrición”, “Cuerpo en la cama, sino duerme, descansa” y “Andar, ventura hasta la sepultura”. Estos proverbios mencionados se basan en el grupo A): Respecto al proverbio “Respirar aire malo es beber la muerte” lleva implícito el efecto nefasto, aunque de una forma metafórica, de la contaminación del aire que se respira (grupo D)

En base a los autores antes mencionados, nuestra investigación que analizó el modo en que los comportamientos se agrupaban con la salud en base a un análisis factorial de los datos, Tall y Goldental (1982) resumieron tres factores: el primero reflejaba las actividades de promoción; el segundo, las actividades que contemplan evitar el riesgo y por último, la falta de conciencia sobre la necesidad de unas buenas prácticas de salud. En base a esta línea de análisis, el proverbio "Más vale un pie en el trabajo que dos en el ataúd" sigue manteniendo su vigencia ya que contempla evitar claramente el riesgo (según el factor antes mencionado) de los accidentes viales, un problema de salud pública en la actualidad con un elevado índice de mortalidad. Esta realidad es dura si tenemos en cuenta que en el año 2007 se produjeron en Portugal 858 accidentes, de los que resultaron 3090 heridos graves. Más grave aún si tenemos conciencia de que de estos heridos graves, muchos acaban por morir y los restantes (un gran porcentaje) quedan con una elevada tasa de discapacidad, lo que implica un enorme sufrimiento personal y familiar así como unos gastos directos e indirectos para el tratamiento de las secuelas.

Otra realidad, no menos preocupante y que pone en evidencia la Promoción de la Salud, la prevención de las enfermedades y el hecho del envejecimiento de la población a la que estamos asistiendo. En el 2025, el 44% de la población europea tendrá más de 50 años, jubilados o a punto de jubilarse. Las estimaciones para el 2050 apuntan a que la mitad de la población tendrá más de 50 años (Agren & Barensen, 2007). Este panorama se verá agravado por la incidencia y la prevalencia de patologías crónicas. “Envejecer con Salud” se impone para los dinamizadores del Proyecto Health Aging, una inversión que también atiende que la razón más importante de la jubilación anticipada es por la falta de salud y la falta de intervenciones en su descendencia. Por otra parte, las aportaciones de las personas mayores deben ser consideradas como una plusvalía para la promoción del bien-

estar individual. En este contexto parece evidente que es necesario rentabilizar el potencial de los mayores, sobre todo para la transmisión del saber, consolidado por la práctica diaria, no tan sólo en el contexto familiar (si es posible) sino a través de encuentros intergeneracionales programados entre instituciones. El recurso a la paremiología puede ser una estrategia para consolidar competencias en lo que se refiere a la salud y a las diferentes formas de promoverla. Asimismo, podría conseguirse el aumento de la autonomía de las personas mayores y la sensación de utilidad.

Conclusiones

El sentido común y la ciencia son expresiones de la misma necesidad básica, la necesidad de comprender el mundo con el objeto de vivir mejor y sobrevivir. La aportación de la historia y de los procesos históricos del conocimiento de la ciencia han revelado manifestaciones culturales que traducen el *modus vivendus* de las personas.

Parece evidente que la sabiduría popular no debe ser ignorada. Este tipo de conocimiento no es menor o peor que el conocimiento científico. Es distinto. Tanto el sentido común como el conocimiento científico son formas de transmitir conocimiento, incluso porque ambos tienen fallos y no lo explican todo.

Uno de los objetivos de este estudio es comprobar la corroboración científica de los proverbios encontrados en lo que respecta a la salud. Comprobamos que una mayoría del 56,55% del total encierran verdades científicas aceptadas en la actualidad. Sólo en el 43,45% no se ha encontrado ningún fundamento científico. A reserva de que algunos fueron considerados sin corroboración porque no entramos en aspectos parciales de su contenido, o sea una parte de la semántica era considerada verdadera pero la otra no estaba fundamentada.

De la recopilación de proverbios llevada a cabo, la gran mayoría se sitúa en el área de la Promoción de la Salud, 250 de un total de 290 proverbios estudiados. En la categoría comportamental, dentro de la Promoción de la Salud, con relación a los diferentes determinantes de la salud (alimentación, ejercicio físico, sueño y descanso y consumo de drogas o alcohol), se incluyeron 104 proverbios.

En el ámbito de la prevención primaria se sitúan 22 proverbios. Por último, relacionados con la prevención secundaria, recogimos la minoría, 18 proverbios.

Cabe destacar 13 mensajes proverbiales que se refieren a la salud como un bien mayor ypreciado que urge preservar y 53 mensajes imbuidos de moralismo implícito o explícito.

La Promoción de la Salud propone la articulación del saber técnico y popular, así como la movilización de los recursos institucionales y comunitarios para afrontar y resolver problemas. Coincidimos con la idea de la “construcción compartida del conocimiento” defendida por Valla y Stoltz (1993) y Valla (2000) cuando nos dice que ésta es la mejor estrategia para alcanzar la salud.

Tras este recorrido, mezcla de momentos de dificultad, persistencia y aliento, estamos plenamente convencidos de que la paremiología es una herramienta pedagógica por explorar, y que incluso puede utilizarse como estrategia de Promoción de la salud. Considerando también que se reivindica que el aprendizaje se hace a lo largo de la vida, tal como nos dice el proverbio “aprender hasta fallecer”, recordamos no obstante que el marco fundamental de aprendizaje es la infancia y el saber generacional en el entorno familiar, social y escolar podría ser una plusvalía en el ámbito de la salud.

Propuestas de intervención

Como propuesta de estudio podría averiguarse cual es la percepción de los profesionales sanitarios, concretamente de las enfermeras y de los médicos, sobre la paremiología y saber hasta que punto dan crédito a los proverbios.

Tras este estudio, cabría esperar que lo que reflejan los proverbios pudiera despertar por parte de algunos de los técnicos sanitarios una menor credibilidad, por lo menos por parte de algunos, en la medida en que tuvieran como origen el sentido común y se perpetuaran a través de la prosodia del pueblo. En un plazo inmediato sería conveniente:

- 1 la divulgación de los resultados de este estudio. La materialización de esta divulgación será a nivel de publicación y presentación institucional, tanto en espacios sanitarios como en espacios educativos.

- 1.1. En una primera fase, y teniendo en cuenta la Misión del Instituto Politécnico de Bragança - necesidad de intervenir en la Comunidad, divulgación oral en conferencias y charlas y divulgación escrita en revistas especializadas en el área de la salud y/o de la educación.

- 1.2. En una segunda fase – hacer un diagnóstico situacional del uso de proverbios en contextos de salud por parte de los profesionales sanitarios y materializados tal como sigue:

- a). Seleccionar una población objetivo en los Centros de Salud de la región – Profesionales sanitarios

b). Finalidad - Realizar un estudio cuantitativo para determinar (en cantidad e identificación) el uso o no de los proverbios, así como la percepción de la frecuencia de uso de los proverbios para explicar a los usuarios un comportamiento de salud.

2 La educación para la salud en formato de imagen proverbial

Esta propuesta se traduciría en la materialización de la Elaboración y divulgación de soportes de información relacionados con la salud con la presentación que indujera a la reflexión sobre los comportamientos de salud, y en los que podrían elaborarse folletos, marcadores de libros, autoadhesivos y pins académicos, alusivos a comportamientos de salud.

3 Promover y facilitar el intercambio de saber entre generaciones

Este tipo de intervención tendría como población objetivo a los usuarios de centros de mayores, que podrían ser invitados (tras ser implicados en las propuestas y su finalidad, y acompañados por el Equipo de Educación para la salud), a citar en momentos oportunos los contenidos de los proverbios y su percepción por parte del anciano que los cita: en tertulias nocturnas, para la población de los centros; en tertulias puntuales, por las tardes, para los visitantes y, por último, en tertulias radiofónicas, por ejemplo, para los oyentes.

¿Qué es la exequibilidad?

En un brevísimo estudio exploratorio que, a pesar de respetar la metodología científica, incluye sólo una muestra local sin ningún carácter predictivo (30 sujetos) se observó, tal como se puede constatar en los resultados obtenidos, que, de hecho, al final podía rescatarse el contenido de los proverbios. A pesar de la que la mayoría reconoció que “A lo largo de su práctica profesional ha recurrido a los proverbios para ejemplificar o dar significado a sus palabras, y cuando se refiere a comportamientos de salud, ha sido para explicarlo con mayor claridad a los usuarios/pacientes”, y que los usa con cierta frecuencia. Sin embargo, cuando se les pregunta a los encuestados sobre la posible frecuencia de la formación sobre el tema, algunos de ellos responden “no sé, no he pensado nunca en ello”, lo que constituye una “desconciencia”³ respecto al valor añadido del proceso.

³ Término utilizado en un estudio científico por la profesora Augusta Veiga Branco

El análisis de la intención de estos datos configura un perfil de la posibilidad que tienen profesores y enfermeras de sensibilizarse si adquirieran conciencia del valor añadido de su uso. Se observó que la gran mayoría siente curiosidad por percibir el asunto, lo que fortalecería y le daría un significado consciente ya que utilizarían los proverbios y podrían potenciarlos.

Por consiguiente, este trabajo podría servir como base y soporte operativo para la presentación de un proyecto de formación en las instituciones sanitarias y educativas (Centros de Salud e Instituto Politécnico de Bragança) y así engendrar una amplia sensibilización con 2 objetivos:

Los profesores – podrían usar sus conocimientos proverbiales como metáforas alusivas para el aprendizaje

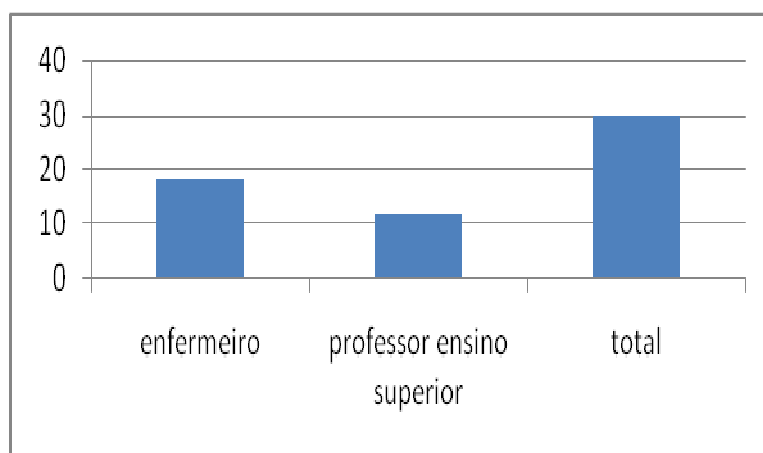
Las enfermeras – podrían usar el discurso proverbial (por lo menos el que está científicamente demostrado) para aludir a comportamientos considerados eficaces en la atención sanitaria y en el proceso de Educación para la Salud.

RESULTADOS

Tal como hemos mencionado, del análisis meramente exploratorio se desprende:

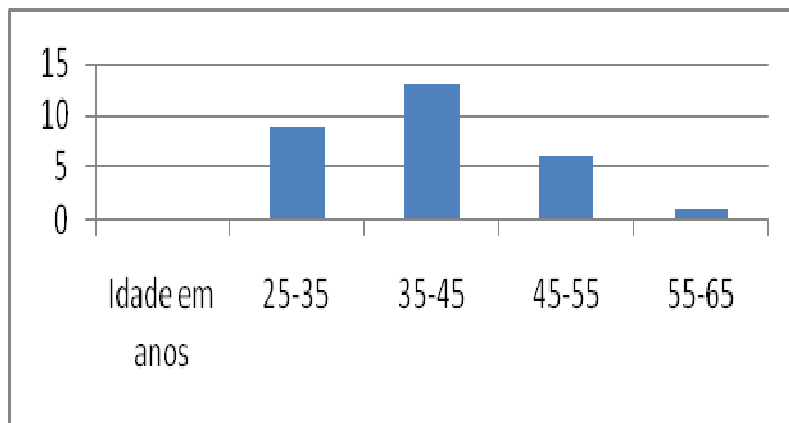
La muestra encuestada está constituida principalmente por enfermeras (16 personas)

Gráfico 4- Distribución de la muestra según la profesión



La media de edad de los encuestados es de 42 años, y el intervalo medio se sitúa en los 35-45 años.

Gráfico 5- Distribución de la muestra según la edad

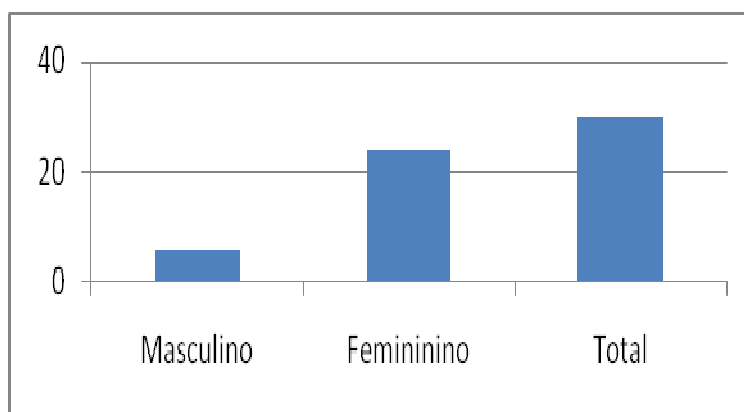


Media - 42 años

Intervalo modal – 35-45 años

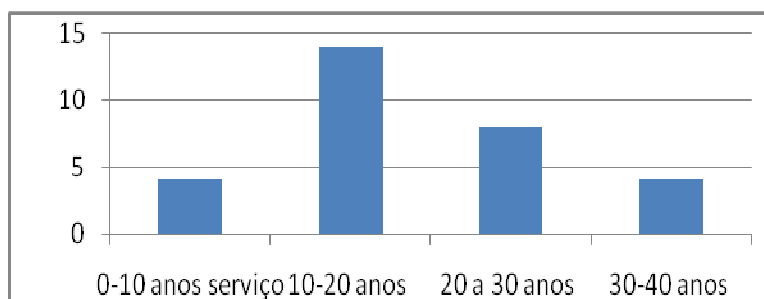
En el gráfico 3 puede observarse que sólo cinco sujetos son del sexo masculino

Gráfico 6 – Distribución de la muestra según el sexo



Tal como puede verse en el gráfico 4, casi el 50% de la población tiene entre 10 y 20 años de ejercicio profesional.

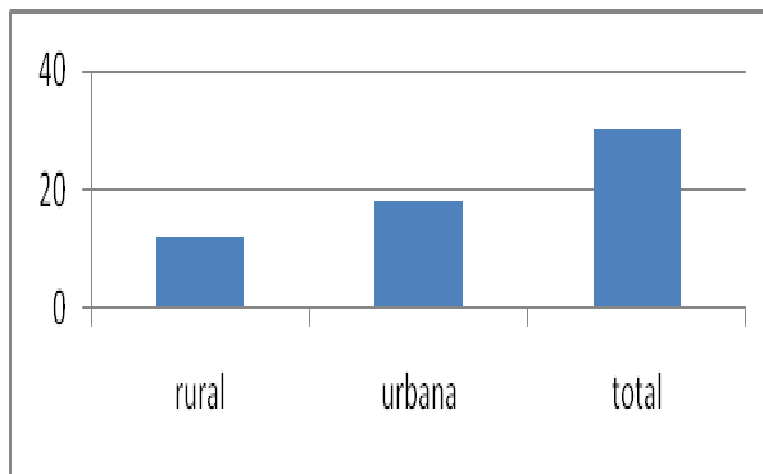
Gráfico 7 – Distribución de la muestra según los años de profesión



Intervalo modal – 10-20 años de servicio

Cabe señalar que la mayoría de los encuestados es de procedencia urbana y sólo 11 son de procedencia rural.

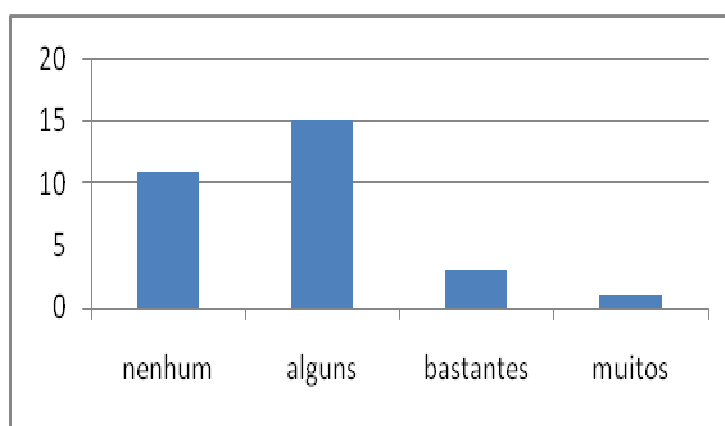
Gráfico 8 – Distribución de la muestra según la procedencia



De la totalidad de la muestra, 15 encuestados consideran que los proverbios “encierran” algunas verdades científicas en lo que se refiere a la salud y sólo un individuo respondió “muchas”

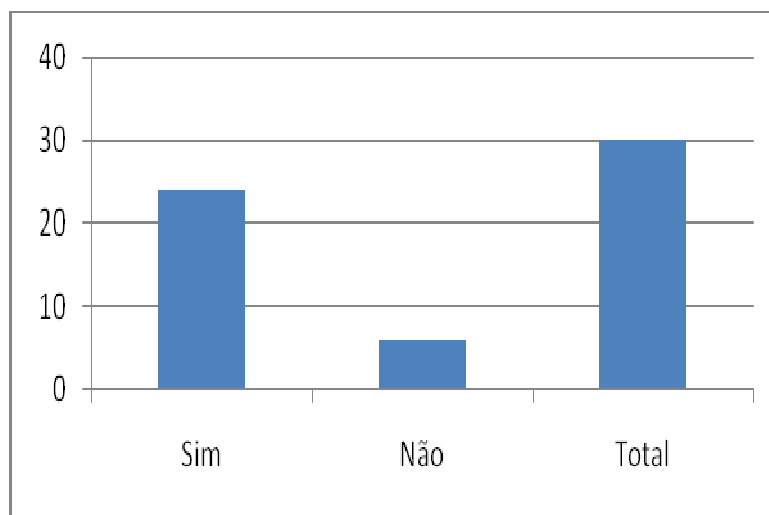
Gráfico 9- Distribución de las respuestas a la pregunta:

“ Piense en los proverbios que conoce ¿Considera que “encierran” verdades científicas en lo que se refiere a la salud?”



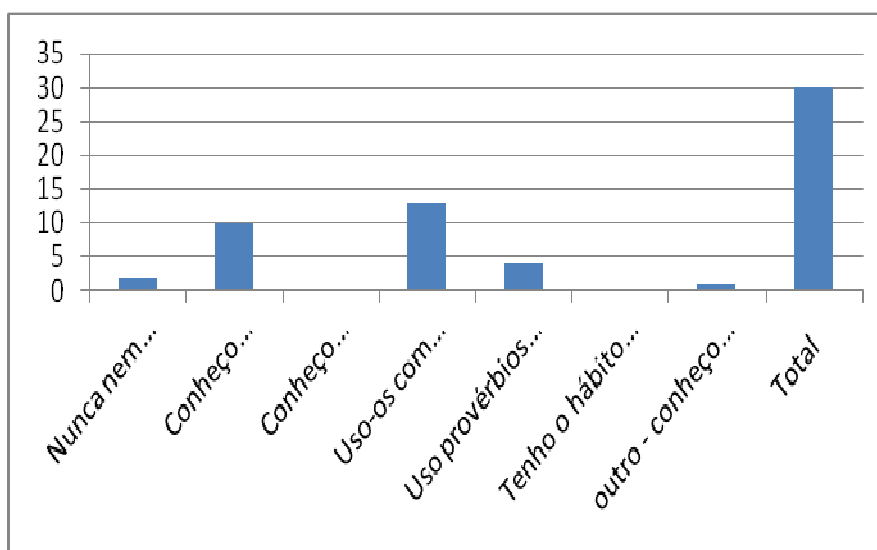
Entre los encuestados cabe destacar el uso de proverbios en su actividad profesional. Sólo 6 individuos respondieron no recurrir a ellos.

Gráfico 10 – Distribución de las respuestas a la pregunta: “A lo largo de su práctica profesional ¿recurre alguna vez a los proverbios para ejemplificar o dar significado a sus palabras cuando se refiere a comportamientos de salud o para dar una explicación más clara a los usuarios/pacientes?”



Cuando se preguntó a los profesionales cuál era su percepción de la importancia y del uso, las respuestas más habituales fueron "los utilizo con cierta frecuencia"

Gráfico 11 – Distribución de las respuestas a la pregunta: “En su actividad e interacción con los usuarios ¿cuál es su percepción de la importancia que le atribuye a la frecuencia con que recurre a su utilización?”

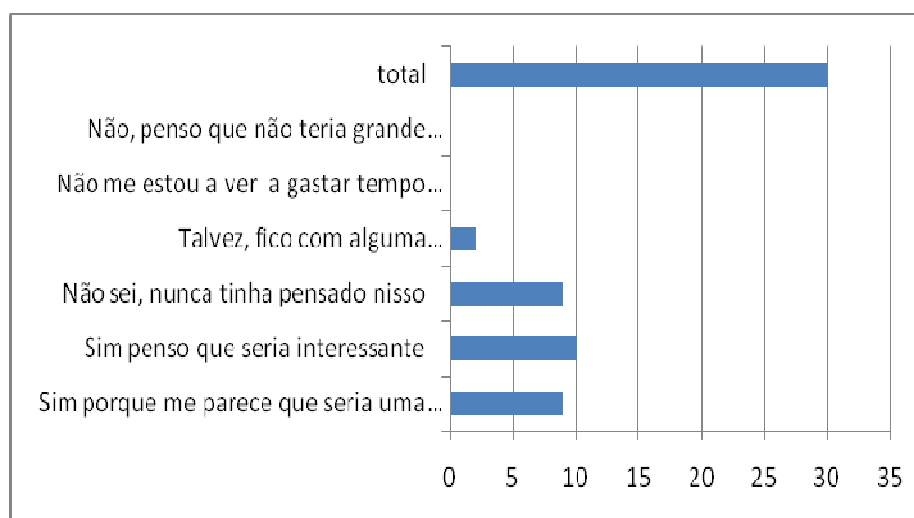


Cuadro 26 – Distribución de las respuestas a la pregunta: Cuando era un niño o un adolescente ¿escuchó alguna vez en el entorno familiar proverbios relacionados con la salud?”

Opciones	Nº	%
Cuando era un niño los escuchaba a todas horas	7	23
Me acuerdo de todos, pero muy pocas veces me vienen a la mente	5	17
Me acuerdo de algunos, y parecen tener sentido, pero no pienso mucho en ello	7	23
Me acuerdo de algunos y con mucha frecuencia	7	23
Me acuerdo que se citaba uno u otro proverbio	4	14
Cuando era niño los escuchaba a todas horas	0	0
Total	30	100%

Cuando se contempla la posibilidad de asistir a un curso de formación cuya temática fueran proverbios en el ámbito de la salud, las respuestas fueron básicamente: “no había pensado en ello”, “sería interesante” y “sería un valor añadido”

Gráfico 12 – Distribución de las respuestas a la pregunta “Si tuviera la oportunidad a corto plazo de asistir a un curso de formación sobre la temática de los proverbios en el ámbito de la promoción de la salud ¿asistiría?”



Con relación a la pregunta nº 9, la mayoría de los proverbios citados por los encuestados forman parte de la lista estudiada por nosotros, mientras que otros los desconocíamos.

De los proverbios citados, la principal incidencia recae en la promoción de la salud, seguida de los comportamientos relativos a la alimentación, el vino, el sueño y el ejercicio, entre otros.

Promoción

“Acostarse y levantarse temprano, hace ricos y sanos” (MENCIONADO POR OCHO ENCUESTADOS)

“Mucho le habla el sano al enfermo”; “Más vale prevenir que curar “ ; “Querer es poder”

“Menos plato y más zapato”, “Perdona el mal que hace por lo bien que sabe”, “Quien da pan da Educación”, “Quien reza a Santo Tomás, mira lo que él dice y no lo que hace”, “Quien tiene un hijo con mujer ajena, engorda la mala suerte y adelgaza la cena”, “Despacio, despacito dice el abuelo al niño”, “Un buen desayuno ayuda a mantenerse joven”, “No todo debe comerse ni todo debe saberse”, “No hay uva sin vino”, “Duerme bien para pensar mejor”, “Salud y libertad, valen una ciudad”, “Mente sana, en cuerpo sano”, “Agua hervida es media vida”, “Si bebes demasiado, tropiezas y caes”, “La esperanza no llena la panza”, “Dame gordura y te daré hermosura”

Prevención primaria

“Más vale prevenir que curar” (MENCIONADOS POR OCHO ENCUESTADOS)

“No hay mal que siempre dure ni bien que nunca acabe”

“Quien canta, su mal espanta” Prevención secundaria

“Al sarampión, siete veces préstale atención ”

Prevención secundaria

“Después de la tempestad viene la calma”

“Bienes y males a la cara salen”

“Mujer enferma, mujer eterna”

“Medicina que pica, cura”

Entre los encuestados, las opiniones expresadas sobre esta temática y sus respuestas destacan su importancia en el contexto sociocultural y como promotores de la información y de la comunicación en el área de la salud:

1 *“Considero que cuando se dice un proverbio, se ahorra mucho: tiempo y energía en la explicación ya que cuando se dice es entendido por el oyente; se ahorra la necesaria desculpabilización de la persona porque el proverbio alude a una generalidad cultural y, por consiguiente, no dice nada respecto a él, y la mayoría de las veces es divertido... y el humor es una de las mejores formas de interacción y de transmisión del mensaje. “*

2 *“Pienso que en la educación para la salud, si el proverbio está bien utilizado y contextualizado, surte mejor efecto en las personas y sirve de motivación”*

3 *“Como enfermera que soy y teniendo en cuenta la edad avanzada de las personas, siempre va bien conocer proverbios, sobre todo en esta región”*

4 *“En el contexto sociocultural....resulta interesante para facilitar la comunicación y conseguir una mayor reacción”*

5 *“ La cultura de la salud percibe la idea de salud, por tanto es importante”*

6 *“Los proverbios, muestras de sabiduría popular, son un lenguaje comprensible para todos los usuarios, independientemente de su clase social”*

7 *“ A pesar de que ahora no me acuerdo de ninguno, considero que ayudan a simplificar y fomentan la comprensión”*

8 *“Pensé en escribir un libro sobre proverbios de esta región. No lo hice por falta de tiempo....”*

9 *“Es un tema interesante dada la enorme influencia que ejerce la cultura popular en todos los aspectos de la vida, sobre todo en el ámbito de la salud”*

Resumen:

De las respuestas obtenidas en el cuestionario se desprenden algunas ideas:

1. Tal como demostró la bibliografía, estos profesionales también citan proverbios en el ámbito de la promoción de la salud
2. A pesar de tratarse de una población bastante joven, los proverbios permanecen en la memoria de muchos de los encuestados.

3. De las personas que conocen proverbios, la mayoría dicen que los usan con cierta frecuencia
4. La mayoría de los encuestados considera la posibilidad de impartir formación en este ámbito como un valor añadido o interesante.

Según lo expuesto, en términos de resultados de la encuesta y de conformidad con todo lo documentado a lo largo del trabajo, la continuidad del estudio, así como la divulgación de los resultados, contribuiría a aumentar la mejora de la salud.

ÍNDICE

	Pg.
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1 SAÚDE <i>VERSUS</i> DOENÇA	13
1.1 Evolução das Concepções de Saúde	21
1.2 Promoção da Saúde e o Modelo Salutogénico	25
1.3 Holismo e Saúde	32
1.4 Ambiente e Saúde	33
1.5 Determinantes Comportamentais	38
1.5.1 <i>Alimentação</i>	40
1.5.2 <i>Água</i>	49
1.5.3 <i>Consumo de vinho / álcool</i>	52
1.5.4 <i>Exercício físico</i>	60
1.5.5 <i>Sono e repouso</i>	63
1.5.6 <i>Consumo de tabaco</i>	68
2 DO SABER PROFANO AO SABER CIENTÍFICO	73
2.1 A Oralidade e a Escrita	80
2.2 Parameologia	86
2.2.1 <i>Conceito de provérbio</i>	88
2.2.2 <i>Características / função do provérbio</i>	90
2.2.3 <i>Origem</i>	94
2.2.4 <i>Provérbios e suas repercussões na saúde</i>	95
3 APRENDIZAGEM NOS DIFERENTES CONTEXTOS	99
CAPITULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	105
4 CONSIDERAÇÕES GERAIS	107
4.1 A Pertinência da Recusa Exclusiva das Metodologias	108

4.2 A Pertinência da Metodologia Qualitativa	104
4.3 Um Argumento em Torno da Fenomenologia	111
5 MATERIAL E MÉTODOS	115
5.1 Metodologia	115
5.1.1 <i>Constituição da amostra</i>	115
5.1.2 <i>Procedimentos</i>	116
CAPITULO III – RESULTADOS	119
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	121
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	137
8 CONCLUSÕES / PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
ANEXOS:	207
ANEXO I Lista de Provérbios Relacionados com a Saúde e Respectiva Corrobo- ração Científica	209
ANEXO II Questionário	223
ANEXO III Árvore de Categorias	227

ÍNDICE DE QUADROS

	Pg.
Quadro 1 -Tipologia de custos em avaliação económica	18
Quadro 2 - Evolução da despesa em saúde no global do PIB desde 1980 até 2004	20
Quadro 3 - Reacções hipotalamicas secundárias a alterações térmicas	38
Quadro 4-Distribuição das mortes (evitáveis e possivelmente evitáveis) segundo alguns determinantes da saúde	42
Quadro 5 - Distribuição do valor nutricional da Noz	47
Quadro 6 - Distribuição do valor nutricional da Amêndoa	47
Quadro 7 - Vias de contacto causadoras de doenças no Homem	51
Quadro 8 - Controlo dos microrganismos por meios físicos	52
O quadro 9 - Alterações comportamentais relacionadas com a alcoolemia progressiva	56
Quadro 10 - Estudo da incidência do álcool na Criminalidade	56
Quadro 11 - Evolução do Risco Relativo de acidente mortal da elevação da taxa de alcoolemia	57
Quadro 12 - Efeitos no organismo em função do aumento da alcoolémia	58
Quadro 13 - Hipnograma do ciclo do sono de um adulto sem Insónia	63
Quadro 14 - Distribuição das necessidades teóricas de sono segundo a idade	65
Quadro 15 -Evolução e formas de compreender o mundo	74
Quadro 16 - Taxa de analfabetismo (em %) em Portugal nos anos de 1991 e 2001	83
Quadro 17 - Nível de ensino da população portuguesa no ano de 2002	84
Quadro 18 - Distribuição dos valores absolutos dos elementos da amostra e respectiva inserção em cada uma das categorias encontradas	132
Quadro 19 - Distribuição dos provérbios segundo sub - categoria comportamental	132
Quadro 20 - Distribuição dos provérbios segundo os determinantes da saúde	133
Quadro 21 - Distribuição de provérbios pelas subcategorias da alimentação	133
Quadro 22 - Distribuição dos provérbios da categoria subcategoria costumes alimenta-	

res	134
Quadro 23 - Distribuição dos provérbios por subcategorias que englobam a Prevenção Primária	135
Quadro 24 - Distribuição dos provérbios por subcategorias que englobam a Prevenção Secundária	135
Quadro 25 - Distribuição dos provérbios em função da corroboração científica	136
Quadro 26 - Distribuição das respostas à questão: “Quando era criança e/ou adoles- cente alguma vez em contexto familiar ouviu provérbios relacionados com a saúde?”	184

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da mortalidade e DALYs ao longo da vida pelo consumo de tabaco	69
Gráfico 2 - Proporção do peso de doença, expresso em DALYs atribuíveis a 15 Factores de risco conhecidos na região Europeia da OMS (2000)	71
Gráfico 3 - Taxa de analfabetismo em Portugal e nas diferentes zonas do País, nos anos de 1991 e 2001	85
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a profissão	181
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo a Idade	181
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o Sexo	181
Gráfico 7 - Distribuição da amostra em função dos anos de Profissão	182
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo Proveniência	182
Gráfico 9 - Distribuição das respostas à questão: “ Pense em alguns provérbios que conheça. Considera que “encerram” verdades científicas no que se refere à saúde?”	183
Gráfico 10 - Distribuição das respostas à questão: “Ao longo da sua prática Profissional já, alguma vez recorreu aos provérbios, para exemplificar ou dar significado às suas palavras, quando se refere a comportamentos de saúde, para clarificar os utentes /doentes?”	183
Gráfico 11 - Distribuição das respostas à questão: “ na sua actividade e interacção com os utentes. Qual é a sua percepção da importância que lhe atribui e frequência, com que recorre à sua utilização?”	184
Gráfico 12 - Distribuição das respostas à Questão “Se tivesse oportunidade, a curto prazo de frequentar uma formação sobre a temática dos provérbios no âmbito da promoção da saúde, frequentá-la-ia?”	185

INTRODUÇÃO

“Diz-me com quem andas e eu te direi o que aprendes...”

Provérbio Popular

Uma abordagem às aprendizagens humanas, remete-nos quase sempre, para os ensinamentos institucionalizados e programas curriculares. Todavia, uma observação mais atenta e fora desses contextos, onde os actores se definem como os que aprendem e os que ensinam, verifica-se que todos aprendemos uns com os outros em todos os espaços de vida, desde que para tanto estejamos disponíveis. É nestes contextos, que se pode ser súbita e alegremente confrontado por aprendizagens de “ditos populares”, que passam como um resgate de mensagens, absorvidas quase de forma inconsciente. São como um toque de sabedoria, brevíssima e circunstancial, que se foi perdendo nas memórias, e que apesar de legados geracionais, permanece... um dia atrás do outro, nesta ou naquela situação, em que se ouve dizer e acaba por vir a fazer sentido. É o caso do saber proverbial. Um provérbio pode encerrar em si um tal impacto de significado e sentido, que pelo inusitado mas evidentemente verdadeiro, se torna uma mensagem de aplicação explicativa e identificadora do real. Não se sabe donde emerge a descoberta ou a comprovação. Pode ter sido a experiência repetida e continuada de experiências alternativas, ou o erro sistemático que alguma vez foi corrigido e passou a resultar em eficácia. Ao longo do tempo esse toque de aprendizado fica, e cada um pode tornar-se agora no veículo de comunicação de algo, porque se apreendeu, e se atribuiu significado na vida prática, nos fazeres e dizeres ou até nos momentos mais eruditos.

«Desmanchar e fazer, tudo é aprender»

É justamente esta ideia que neste trabalho se pretende resgatar: Os saberes e dizeres dos provérbios, mas no que à saúde diz respeito. Será essa a rota de atenção e pesquisa, e portanto o objecto de estudo: conhecer as relações de mensagem entre esses saberes profanos proverbiais e os actuais contextos científicos em termos de saúde. De facto, a saúde além de um bem precioso, é cada vez mais considerada como um recurso importante que urge preservar. Mas esta não parece ser uma ideia actual, nem sequer nova. Ontem como hoje, e portanto desde sempre, o sentido de ser saudável, e a sua aplicação na vida em termos de longevidade, bem como a adaptação em qualidade à vida, foram nos primórdios como agora, a preocupação evidente do ser humano singular e da pluralidade, preocupação que deu origem às comunidades. As formas outrora encontradas para manter a saúde na melhor forma possível – ou seja para promover a saúde – foram, o objecto de atenção essencial ao longo das gerações. Nesta perspectiva, uma metodologia

que se reconhece ter-se revelado infalível, parece estar veiculada à passagem de informação oral, de geração em geração, sem pressa mas sempre oportuna. Apesar de aqui se assumir que estes conteúdos e saberes não podem ser considerados científicos, e portanto profanos, são todavia assegurados pelas memórias de resultados empíricos - do que os humanos que nos precederam, entenderam como válidos - para essa prática de Promoção da Saúde das gerações precedentes. Esta é em suma a razão essencial, porque chegaram até nós.

Actualmente, a questão tornou-se “*coisa pública*” e assumiu o estatuto de pesquisa científica, em proporções inter e trans institucionais e inter transcontinentais. Neste contexto o saber proverbial, pode parecer ter sido omissos ou desconstruído. O conceito de saúde – promoção ou prevenção – é actualmente veiculado pelo saber científico. O mundo ocidental assume agora uma preocupação determinante nessa operacionalização de manutenção e Promoção da Saúde. Foi precisamente neste contexto, e como entidade de pesquisa, que a expressão “Promoção da Saúde” acabou por vir a ser introduzida pela primeira vez por Henri Sigerist⁴ em 1945, no mundo académico científico, para defender a Promoção da Saúde como a primeira das quatro tarefas essenciais da medicina na área da saúde. Desde então, vários documentos⁵ foram sendo produzidos, e alguns eventos foram sendo realizados, na tentativa de apontar um novo modelo de abordagem da saúde, que cronologicamente se situariam, tendo início no Informe Lalonde, 1974; depois pelos posicionamentos assumidos na Conferência em Alma Acta e na Declaração de Adelaide, ambas em 1978. Estes dois eventos viriam a ser os impulsores das disposições que viriam a ser assumidos na Carta de Ottawa, 1986, e fortemente retomadas na Declaração de Jacarta, 1997, entre outros.

⁴ Em 1945, o médico francês Henry Sigerist definiu **quatro tarefas** essenciais da medicina: **a Promoção da Saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação**. Além disso, o pesquisador destacou como pontos primordiais para um programa nacional de saúde a educação gratuita universal, boas condições de vida e de trabalho, oportunidades para descanso e recreação, e, fugindo do pensamento tradicional, a **atenção médica como última prioridade**

⁵ O Informe Lalonde, relatado pelo então ministro da Saúde do Canadá, afirma que, apesar de a maior parte dos recursos aplicados na saúde ser destinada à organização do cuidado médico, havia ainda outros três factores determinantes que não recebiam a devida atenção – a biologia humana, o ambiente e **o estilo de vida**. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) fortaleceu esse movimento quando substituiu o antigo conceito de saúde, que se restringia à ausência de doença, por uma definição bem mais ampla, que, hoje em dia, abrange o bem-estar físico, mental e social. Em 2007 a União Europeia elaborou o *Livro Branco: juntos para a saúde uma abordagem estratégica para a EU* (2008 - 2013). Este tem como objectivo estabelecer uma abordagem integrada a nível da União Europeia que contribua para a redução dos problemas de saúde, nomeadamente devido à má alimentação, ao excesso de peso e obesidade. A sua elaboração teve por base o livro verde (promoção de regimes alimentares saudáveis e actividade física) e a plataforma de acção europeia em matéria de alimentação e actividade física.

Partindo destas iniciativas, mais ou menos isoladas mas persistentes, mas com a atenção geral das comunidades responsáveis, focalizadas na saúde mundial, que algumas instituições, tendo como base estes documentos, assumiram a Promoção da Saúde. Este conceito, pôde então ser operacionalizado num conjunto de esforços, que representam actualmente uma estratégia promissora, para enfrentar inúmeros obstáculos, que comprovadamente se reconhecem, como factores que podem comprometer a saúde do indivíduo em particular, e da comunidade em geral.

Neste sentido, e com estas preocupações como pano de fundo, mas de forma determinante, na segunda metade dos anos oitenta do século passado, a Carta de Ottawa em 1986, ao definir Promoção da Saúde como *“um processo de «capacitar» (enabling) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar”*, viria trazer para a discussão entre a comunidade científica, *qual o estatuto de quem*, na responsabilização pela saúde: As instituições, os profissionais ou os sujeitos?

E a resposta a esta questão, viria a apontar para a chave deste conceito, já que, e de acordo com Green e Raeburn (1990) a essência do conceito, nos remete para a palavra **capacitar** (to enable) que no seu significado e semântica, significa fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível. Mas tornar possível o quê? Para quê? Em essência, dotar o sujeito de ser (ele mesmo) capaz, de assumir o controlo e responsabilidade sobre a sua saúde. De facto, o conceito operacionalizado não parece retirar em nada a responsabilidade de instituições e profissionais, ao torná-los também responsáveis por facilitar e permeabilizar a informação, os meios e a vigilância por essa área. Mas de facto este conceito devolve ao sujeito, a responsabilidade pelos seus comportamentos, e portanto, pelas acções que nos quotidianos põe em prática, para num continuum se manter ou não saudável.

Ora, parece ser esta a mensagem que se coloca em cada provérbio. Uma locução proverbial não se remete a comunidades institucionais abrangentes, mas ao sujeito em si: por exemplo, *«deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer»* é uma acção dos quotidianos ao longo do seu continuum, que vai identificando um hábito de vida, do qual será remanescente um perfil promotor (ou não, se o não cumprir) de saúde. De uma forma curiosa, mas eloquente, o conceito da Carta de Ottawa, vem corroborar, a primeira de todas as noções de responsabilidade: centrar no sujeito a assunção de comportamentos e atitudes que o coloquem como protagonista essencial da sua saúde. Assim, cada provérbio releva um contexto e não se centra em excepções, mas tal como o conceito de capacitação, dirige-se ao sujeito.

Mas não é tudo, porque não exclui as responsabilidades dos parceiros sociais, as instituições políticas, sociais e de saúde, estão neste conceito inseridas. As responsabilidades acerca das decisões das políticas de saúde, de ordenamento do território (subjacente aos contextos de manutenção de saúde ambiental e higiene), ou das políticas de empregabilidade, por exemplo, têm de estar por esses órgãos asseguradas. Deste modo, a “Promoção da Saúde é um conceito multidisciplinar e inclui aspectos organizacionais, económicos, ambientais bem como estratégias que em última análise, visam a mudança de comportamento conducente à adopção de um estilo de vida saudável” (Ribeiro, 1998), mas na base da cadeia de transmissão de responsabilidade - quer como cidadão, quer como Ser Humano num estado de Direito – está o sujeito singular, enquanto entidade informada, na assunção dos seus deveres acerca da promoção e prevenção (pelo menos primária) da sua saúde.

Nesta constelação de responsabilidades, resta compreender e assumir, que a informação, o diálogo e a solicitação pela informação, emergem como um direito do cidadão. De uma forma evidente, a palavra opõe-se ao silêncio e – tal como nos conceitos da Carta de Ottawa - assume especial importância na transmissão de toda a sabedoria popular. Como diz o provérbio - “É falando que a gente se entende”- ou seja, parece haver uma mensagem promotora de saúde em cada provérbio, que apesar da sua aparente não evidência científica, vem na grande maioria dos conteúdos proverbiais - progressivamente a ser corroborado pelos actuais pressupostos da manutenção da saúde. Não poderemos partir desde já da assunção, de que tudo o que se diz é cientificamente verdadeiro. Assume-se aqui a ideia – e como à frente se exporá detalhada e fundamentadamente – de que um provérbio é uma mensagem circunstancial, micro/ mesocultural e portanto, redutora. Na sua essência, são mensagens comportamentais ou atitudinais, num contexto muito específico.

Os provérbios são frases curtas - emergentes de um passado experiencial, ao qual não parece haver acesso - passadas de pais para filhos, e embora por vezes contraditórios, encerram conceitos aprendidos na vida, representam uma sabedoria popular, como conselhos sábios, ou lições de vida. “*Prevenir é Melhor que Remediar*” expressa uma verdade absoluta, nem sempre seguida pelas pessoas, e com consequências (curiosa ou lamentavelmente) reconhecidas. Em matéria específica de saúde, Azambuja, (2004) lembra que alguns provérbios têm grande repercussão na saúde em geral, por terem algumas bases científicas.

Enquadramento epidemiológico e científico do problema

A morbilidade e mortalidade mundiais parecem ter subjacente, pelo menos em grande parte, o comportamento humano. O Relatório Mundial de Saúde de 2002 da Organização Mundial de Saúde, aponta esta questão, ao descrever como os principais factores de risco contribuem para os valores de mortalidade e morbilidade da maior parte dos países. No caso das doenças crónicas não transmissíveis, os factores de risco mais importantes incluem hipertensão, consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, deficiência em ferro, colesterol sanguíneo elevado, consumo inadequado de frutos e hortícolas, inactividade física e o excesso ponderal. Ora estas patologias são fortemente desencadeadas e mantidas pelos comportamentos.

Os hábitos alimentares pouco saudáveis e a inactividade física, estão entre as principais causas para o aumento dos factores de risco acima referidos e para o aparecimento de doenças como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2 e certos tipos de cancro, que contribuem substancialmente para as despesas globais com a saúde e para os valores de mortalidade.

Face à crescente e alarmante prevalência deste tipo de doenças, tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos, os Estados Membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), solicitaram, em Maio de 2002, a elaboração de uma estratégia global que pudesse ser usada como instrumento na prevenção das doenças crónicas não transmissíveis.

(DGS, 2008). Portugal como estado membro, e com problemas deste âmbito tem tido a preocupação de reverter esta situação, embora por vezes sem os resultados desejados.

Na tentativa de manter o equilíbrio com o ambiente que o rodeia, o homem ao longo dos tempos, tem procurado esforços, implementando estratégias e práticas em função dos recursos e conhecimentos de que dispõe. As práticas relacionadas com a saúde ou ausência dela modificaram-se desde a antiguidade ao momento actual conseguindo autênticos “milagres” no controle das epidemias associadas a germens específicos. A segunda revolução da saúde alerta-nos para uma nova “epidemia”: a comportamental (Ribeiro,1998). Investigações científicas na área da saúde, divulgadas pela DGS (2004, 2005) e algumas preocupações traduzidas na European Heart Health Charter, demonstram que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte de homens e mulheres em Portugal e na Europa, decorrendo daqui uma elevada incapacidade e redução da qualidade de vida. Daqui decorre que urge desenvolver esforços, no sentido de inverter estas tendências, atendendo que tal como nos é dito no artigo 3, da referida carta “ a doença cardiovascular é uma condição multifactorial, pelo que é essencial que todos

os determinantes e factores de risco sejam abordados tanto a nível social como individual”, relembrando ainda que a saúde cardiovascular anda associada a alguns comportamentos: ao não consumo de tabaco, à actividade física adequada - pelo menos 30 minutos, cinco vezes por semana – e ainda; a hábitos alimentares saudáveis, à ausência de excesso de peso e à capacidade de evitar o stress excessivo, entre outros.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma velocidade na democratização da informação que parece ser um paradoxo nos reflexos em termos de saúde, nomeadamente nos comportamentos de saúde. Nesta linha de análise, parece claro que é necessário mais do que informação para elevar os níveis de literacia em saúde, considerando que literacia em saúde insere um conjunto de competências cognitivas e sociais, bem como a capacidade dos indivíduos para conseguirem o acesso a compreenderem e usarem informação, de forma que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998).

O presente estudo insere-se no âmbito das Ciências da Saúde, com especial ênfase na Promoção da Saúde, cuja investigação é direccionada para a parameologia, em particular, e os seus contributos na saúde.

Pertinência e Motivações

Acreditamos que a construção compartilhada do conhecimento é uma estratégia através da qual podemos alcançar a Promoção da Saúde, como uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde. Partindo deste pressuposto, considera-se a experiência quotidiana dos actores envolvidos, uma forma de capacitação dos indivíduos e grupos populacionais, resgatando-se à ignorância, e obtendo maior poder (*empowerment*) para se assumir de facto, na intervenção das relações sociais, que influenciam a qualidade de suas vidas. Ora este conjunto de pressupostos, não é senão o fruto da relação entre senso comum e ciência.

No contexto geral de globalização em que vivemos, e do profundo domínio tecnológico em todas as áreas, e particularmente na saúde, parece-nos fundamental, a compreensão cultural e histórica, em torno do fenómeno binómio saúde/doença, assim como o contributo geracional do senso comum, nesta área, muitas vezes omitido pela ciência.

Os provérbios ligados à saúde parecem comprovar serem um efectivo instrumento de vida em harmonia e com menor predomínio de doenças. Azambuja (2004), diz mesmo que eles deveriam ser ensinados nas escolas e, concerteza, concorreriam para formar indivíduos mais voltados para melhorar a saúde em vez de esperar a ocasião de tratar-se de doenças, pelo que se assume aqui, esta ideia como uma mais-valia, para uma abor-

dagem institucional em Educação para a Saúde, no sentido de alicerçar e reforçar conhecimentos, que desta feita seriam assim, percebidos como mais válidos ou de maior verdade, e portanto mais facilmente levados à prática.

Com base nestes pressupostos, a motivação pessoal e a posterior opção para estudar esta temática assenta em duas razões fundamentais:

1. Interesse profissional
2. Interesse para a comunidade científica em especial na área da saúde.

Como docente de uma Escola de Superior de Saúde, torna-se necessário um conhecimento mais abrangente na área da saúde, bem como os seus determinantes. Mas mesmo assim, parece redutor. Na verdade, há mesmo a necessidade de reconhecer a emergência das necessidades de saúde e a sua constatação ao longo do tempo: reconhecer as estratégias para a comunicação de mensagens de manutenção de qualidade de vida, é em si mesmo um aspecto que além de ser actual, é também de interesse global e se projecta no futuro. Quanto maior for o domínio das diferentes áreas de onde emerge este conhecimento, melhor será a compreensão do utente/doente, enquanto ser cultural, social e em suma, como pessoa.

Todavia a essência da pertinência reside, no facto curioso de que não parece importar a sofisticação do método, mas sim a eficácia. Assim, um estudo nesta área parece ser importante, pois cada vez mais os peritos na área da saúde, em especial a OMS, dão ênfase à Promoção da Saúde e aos estilos de vida saudáveis como forma de melhorar a saúde de uma comunidade. Reconhecer um provérbio, como uma forma eficaz de ajudar a fornecer meios de informação e convicção – tal como a Carta de Ottawa preconiza como responsabilidade de profissionais - seria de todas, a melhor forma de reduzir os comportamentos perniciosos.

Também se assume aqui, que não se pretende com este trabalho fazer a apologia do senso comum, e muito menos subestimar a ciência e a sua contribuição para o progresso da humanidade – nem tal cumpriria a um trabalho metodológico científico - mas tão só resgatar para as actuais comunidades técnicas e científicas, o valor do senso comum no processo de produção e socialização do conhecimento, e a partir deste, a possível manutenção da saúde. Não se deve ignorar ou subjugar o senso comum pois como defende Alves, (1981) a ciência traduz-se num saber derivado da busca do superar problemas que emergem do senso comum.

A par de uma cultura profissional, onde domina o espírito científico e uma preocupação de competência assente no domínio do conhecimento e nas técnicas, não nos podemos esquecer que subsiste uma cultura popular feita de tradições e impregnada de religiosi-

dade. Em geral estas referências culturais no domínio da saúde, dizem respeito ao desenvolvimento da vida (Honoré, 2002). Em geral, “visam respeitar um equilíbrio entre o homem e a natureza....têm uma significação preventiva e educativa, dizendo o que é preciso fazer para conservar o corpo, viver o melhor possível as etapas da existência passando sem traumas de uma à outra, para afastar e evitar a doença” (Honoré:p.62).

Embora possa parecer que estas referências culturais, estão a perder a importância com a urbanização das sociedades, a democratização da informação e o desenvolvimento da medicina científica corroboramos com o autor supra citado quando salienta que na realidade, observando os comportamentos, novas práticas e estando atento ao que se diz a propósito da saúde, descobre-se que as práticas e referências tradicionais se transformam nas suas manifestações mas não desaparecem. A actividade científica é utilizada para aceder e renovar o conhecimento, no sentido de esclarecer aspectos problemáticos do senso comum, fornecendo respostas a problemas e inquietações. Assim sendo, os pressupostos envolvidos nesta reflexão, pretendem permeabilizar essa articulação entre as formas básicas de conhecimento, e desenvolver uma compreensão satisfatória da Promoção da Saúde, numa visão compartilhada entre as progressivas mudanças de paradigmas no Sistema de Saúde.

Assim, é compreensível que a Promoção da Saúde possa assumir-se como um componente indispensável neste processo, tendo como foco central das suas intervenções, o indivíduo singular, mas pertencente a uma comunidade nas suas múltiplas relações, das quais, e na perspectiva de Bronfenbrenner (1996) não pode nunca resgatar-se completamente, desde as relações mais centrais até ao contexto comunitário. Em síntese: Tendo presente o conceito de promoção, importa descobrir, tal como afirma Ronald Labonte no prefácio do livro “Promoção da Saúde: poder e empoderamento” de Laverack (2008), de que forma os promotores de saúde, independentemente do seu conteúdo de trabalho, podem facilitar as alterações desejadas nos domínios do empoderamento.

Objectivos e Finalidade

O que esta pesquisa traz de novo para a área científica, não é tanto o conhecimento parameológico mas sim o reconhecimento, de que antes de ser cientificamente comprovado, o Homem no seu senso comum, havia já sido confrontado com a necessidade de construir uma informação, que fosse promotora da Vida. Na verdade, o provérbio parece surgir assim, como uma mensagem de transporte geracional – e portanto imperdível - que de forma agradável veio dando voz à empiria, aos saberes profanos dos quotidianos

anónimos, no sentido de manter e reforçar, o que actualmente hoje chamamos estilos de vida saudáveis.

No sentido de dar consecução a esta pesquisa, e para orientação do percurso metodológico, serão definidos os seguintes objectivos:

1. Aceder através da bibliografia cultural disponível - a provérbios identificadores de atitudes e ou comportamentos de saúde e bem-estar.
2. Analisar os provérbios encontrados num contexto de Promoção de Saúde.
3. Estabelecer uma relação/ análise de conteúdo científico, entre as mensagens – do ponto de vista semântico - dos provérbios, e os conteúdos cientificamente aceites, relacionados com a saúde.

Para dar consecução aos objectivos definidos, será definido um percurso metodológico, que em geral se materializará em três espaços cronológicos estruturais:

1. Parte-se de uma pesquisa bibliográfica, tendo como base os autores nas áreas cultural e sociológica, desde que estejam presentes formas proverbiais
2. Os provérbios serão objecto de uma análise de conteúdo específica, no sentido de identificar entidades categoriais, que insiram em sentido e significado, às grandes áreas da intervenção do Sistema Saúde
3. Uma vez identificadas as áreas categoriais ou categorias estruturais, serão feitas análises comparativas entre o conteúdo semântico dos provérbios e os conteúdos científicos, tendo como base as publicações científicas na área da saúde.

Para melhor aceder e compreender o fenómeno em estudo, recorreu-se a uma pesquisa de carácter qualitativo, de cariz fenomenológico (Boemer, 1994) já que além da identificação e seriação, importa aqui aceder ao sentido semântico da mensagem de cada provérbio. Assim, assume-se que o objecto de estudo é a mensagem semântica proverbial em torno da saúde, pelo que cada provérbio estudado, se assume assim, como um sujeito da amostra em estudo. A partir de cada unidade amostral, ou seja, cada mensagem proverbial, será operacionalizada a respectiva categorização.

A formação das unidades/ áreas categoriais terá por base as concepções dos Estilos de Vida Saudáveis - já considerados importantes para Lalonde em 1974 e que a Organização Mundial de Saúde continua a manter actuais - por serem determinantemente essenciais, e porque é a partir deles e tendo cada um deles como finalidade, que a OMS solicita aos responsáveis da área da saúde, o envolvimento de acções de Educação para a Saúde e na Promoção da Saúde.

Apresentação da Dissertação

Esta pesquisa apresentar-se-á em três Secções, cada uma com III Capítulos.

A Primeira Secção, que inicia com um Primeiro Capítulo onde se faz uma abordagem à dicotomia saúde /doença desde o modelo biomédico de saúde ao modelo salutogénico.

O enfoque deste capítulo vai para a Promoção da Saúde e os seus determinantes passíveis de ser modificados pelo comportamento humano.

O contributo da Parameologia, e sua pertinência na área da saúde, mantém a sequência desta secção iniciada, com uma reflexão acerca do saber geracional como uma análise que aqui se intitula; dos saberes profanos ao saber científico.

Corroboramos a opinião de Leonardo D'Avinci quando afirma que *“Nenhuma investigação faz sentido se os seus resultados não poderem ser comprovados na prática diária”*.

Sucessiva e progressivamente serão apresentadas as abordagens de carácter científico que de algum modo vão encontrando fundamento científico.

A Segunda Secção:

Apresenta um capítulo inicial que insere a Metodologia, que por sua vez expõe os Objectivos, o Tipo de estudo, bem como os materiais e métodos. Num sub - capítulo será feita uma explicação sucinta acerca da forma encontrada para aceder às categorias, que se centrará na Análise Qualitativa dos dados.

A Terceira Secção apresentará três capítulos:

Um capítulo onde se faz a Análise e Discussão dos resultados obtidos, expondo uma Análise Reflexiva entre os Saberes Profanos das Categorias e dos contextos científicos. A partir dos Objectivos propostos, far-se-á uma apresentação focal e sucinta entre as expectativas e das mensagens encontradas e quais destas são ou não corroboradas cientificamente.

Por último são apresentadas as Conclusões Proposta de Intervenção no Futuro.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 SAÚDE VERSUS DOENÇA

“A saúde como a fortuna, deixa de favorecer os que abusam dela”

É indiscutível que a saúde é um bem precioso. Já Benjamim Franklin dizia: *“não troques a saúde por riqueza, nem a liberdade pelo poder”*, valorizando de sobremaneira a saúde e a liberdade.

A saúde é um direito consagrado na constituição da República. É também o maior e melhor recurso para o desenvolvimento social económico e pessoal como também uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. Assim sendo não pode ser reduzida a uma relação biológica causa efeito pois o homem é um ser histórico e como tal sofre influência do meio social e cultural (Assunção & Fontoura, 2002).

A arte de viver com saúde opõe-se claramente à arte de curar (Graça, 2005). Falar de saúde é algo mais do que não estar doente. A definição proposta pela OMS é disso exemplo quando diz que é “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou incapacidade”.

Pensar na saúde apenas como ausência de doença, é uma visão redutora do que o conceito implica e está na origem de um dos problemas centrais das sociedades ocidentais. Contrariamente à antítese que pode ser estabelecida entre saúde e doença, o indivíduo deveria ser colocado numa linha a que Nunes (2002) chama a linha da sua vida. Nesta linha, a pessoa progride de um ponto para outro, de uma condição de dificuldade e disfuncionalidade, para uma situação de máxima vitalidade, de satisfação abundante e funcionalidade máxima. Neste contexto e de acordo com este autor, as escolhas de hoje são a capitalização de uma riqueza que recebemos e que podemos gerir para benefício nosso e dos outros. Para Ribeiro (1998), saúde e doença são processos e estados, que fazem parte da vida e que medeiam entre a concepção e a morte. A saúde é traduzida como o equilíbrio funcional, que não pode excluir o ambiente, enquanto as doenças são processos em que o equilíbrio ecológico está perturbado. Este autor defende ainda, que apesar de a saúde ser fundamental na evolução das espécies vivas, não basta estar vivo, é essencial energia e vigor para actuar e que haja relaxamento e calma para reflectir. Para que tudo isto aconteça, reforça a ideia de que para ser saudável “é preciso ter equilíbrio, adaptar-se às mudanças, estar em controlo total dos recursos mentais e físicos (...) a saúde é algo positivo, uma atitude jovial, alegre, perante a vida, é aceitação das res -

ponsabilidades que a vida impõe” Ribeiro, 1998:p. 47-48) Na perspectiva de Honoré (2002) saúde é:

1. Uma palavra de todos os dias para nos saudarmos
2. Uma palavra que distingue e opõe implicando outros
3. Uma palavra que institui
4. Uma palavra para dizer que tem valor económico
5. Uma palavra que interpela
6. Uma palavra que diz respeito à coisa pública

1 “*Uma palavra de todos os dias para nos saudarmos*”

Em linguagem corrente, é uma das palavras mais utilizadas para falarmos de nós. A referência à saúde é subentendida no “como vai isso?” ou “como tem passado?”. Ou seja, na perspectiva deste autor, “ir bem” e “passar bem”, são sinónimos de estar de boa saúde ou ainda, parece significar uma disposição - simultaneamente força e energia

2 “*Uma palavra que distingue e opõe implicando outros*”

Quando se evoca a saúde, desenham-se duas categorias: aqueles que a têm, e aqueles que não a têm ou que a perderam. Sempre que reconhecemos ou nos fazem reconhecer um mal, a saúde é abanada ou posta em causa. Ela modifica-se, altera-se e passamos a declararmo-nos doentes. Ao ficar doente, pode ser encontrada alguma vantagem em permanecer nesta situação, na medida em que se pode esperar qualquer coisa dos outros.

3 “*Uma palavra que institui*”

Vivemos rodeados de instituições cuja função está direccionada para questões relacionadas com a saúde. Os próprios hospitais e centros de saúde são instituições de saúde por excelência. Institui portanto, na medida em que dá origem a instituições, e está permanentemente ligada a noções de ordem, de regras e normalidade.

4 “*Uma palavra para dizer que tem valor económico*”

É comum ouvir-se nos utilizadores dos serviços de saúde, e cada vez mais nos discursos políticos, que “a saúde tem um preço” - o que é verdade - e cada vez mais tem sentido completar esta frase, pois “a saúde tem um preço, mas ela tem um custo”, e será como tal ela deve ser gerida. A saúde está a tornar-se cada vez mais uma reivindicação e objecto de uma actividade económica cada vez mais intensa e diversificada. A saúde assume actualmente um valor económico, também, na medida em que as actividades do

sector da saúde, assumem especial importância como produtoras de emprego e de progresso técnico e social.

5 “Uma palavra que interpela”

A palavra saúde tornou-se uma verdadeira interpelação na medida em que:

- Apela à nossa generosidade - é o caso de pedidos nacionais para questões ligadas à saúde.
- Apela ao consumo, pois não são raras as situações, em que se associa à saúde questões de beleza, juventude, elegância e energia, para elogiar aquilo que se pode consumir. Honoré (2002:p.25), afirma mesmo que “ a saúde é para cada um a oportunidade de um vasto espectáculo permanente feito de uma sucessão de flashes publicitários. Nós somos convidados a consumir saúde”.

6 “A saúde diz respeito à causa pública”

Embora não haja tradição de evocar a saúde como algo que diz respeito a todos, cada vez mais há consciência que ela nos diz algo, em termos individual e colectivo, e que é necessário para agir de forma responsável a todos os níveis, para partilhar o saber numa compreensão comum. O modo como a medicina serve de referência à saúde está ligada à dinâmica das representações de saúde e de doença no campo social.

As referências culturais no domínio da saúde, dizem respeito ao desenvolvimento da vida. Na perspectiva do autor atrás referido, a cultura tem uma significação preventiva, dizendo o que é preciso para conservar o corpo, viver o melhor possível as etapas da existência, para afastar e evitar a doença. Neste sentido, a cultura popular é composta por saberes e técnicas relativas ao corpo. Os conhecimentos são transmitidos de geração em geração e asseguram a perenidade da visão do homem, cujo corpo nasce cresce e morre.

“A doença e a dor conhecem-se na cor”

Quando se fala em doença, o instinto imediato é pensar na ausência de saúde, porém, Ribeiro (1994), realça alguns aspectos que nos permitem reflectir que não é assim tão linear. Para isso, e no sentido de explicitar as percepções que cada pessoa pode viver, subjacentes ao estado em que vive em termos de saúde/ doença, serve-se de três termos utilizados na língua inglesa, designadamente: **disease, illness e sickness**.

O conceito de **disease** - refere-se a um acontecimento biológico, caracterizado pela presença de um conjunto de sintomas, ou condições patológicas que surgem num dado momento de vida do indivíduo, podendo ser ou não clinicamente aparentes. São susceptíveis de ser diagnosticadas pelo profissional de saúde.

O termo **illness** significa sentir-se doente. Para além dum acontecimento biológico, refere uma experiência subjectiva de sofrimento e desconforto. Daqui decorre que o indivíduo pode sentir-se doente, e não existir uma explicação biológica para as suas queixas.

Por último, **sickness** significa assumir o papel de doente, comportando-se como tal.

Este autor, acrescenta ainda que a distinção entre o estar doente, sentir-se doente e ter uma doença, é importante, uma vez que pode determinar comportamentos e consequências diferentes, em relação aos problemas de saúde que os indivíduos vivenciam.

Tendo em conta que a doença implica alterações estruturais no organismo da pessoa, podem definir-se diferentes estados de doença. Nesta perspectiva podem designar-se quatro “estados” diferentes:

- Estado de susceptibilidade à doença. A doença ainda não se desenvolveu, mas os seus alicerces estão já criados, pela presença de factores que favorecem a sua ocorrência (os chamados factores de risco).
- Estado de doença pré sintomática. Neste estado, a doença ainda não se manifestou, mas devido à interacção de factores patogénicos, começam a ocorrer alterações.
- Estado de doença clínica. Aqui já se verificam suficientes alterações orgânicas para produzir sinais ou sintomas evidentes de doença.
- Estado de incapacidade. Define-se como a redução temporária ou prolongada da actividade de uma pessoa como resultado de uma situação aguda ou crónica (Mausner & Bahn, 1990; Ribeiro, 1998). Existe um certo número de situações que dão lugar a efeitos residuais de curta ou longa duração, deixando as pessoas incapacitadas em maior ou menor grau, sendo que a incapacidade prolongada resultante das doenças crónicas, tem maior significado (Mausner & Bahn, 1990).

A reacção da pessoa, quando se confronta perante o diagnóstico de uma doença é diferente. Quando se trata de uma doença crónica torna-se mais complicado. A negação inicial, é considerada por muitos de nós uma defesa aparente, quando nos deparamos em situações de dificuldade. É também um mecanismo de defesa associado às doenças crónicas, principalmente as estigmatizantes e associadas à desesperança, nomeadamente o cancro. (Regis e Simões, 2005). O choque e a negação inicial, leva por vezes a protelar a intervenção correcta como o tratamento, devido a causas múltiplas, e de entre elas, a negação pessoal de assumir que se tem uma doença grave ou até mesmo da morte (Corbellini, 2001). Posteriormente, a fase de aceitação, ou reconhecer que se é portador de uma doença grave é conformar-se (Regis e Simões, 2005). Nesta fase, Bergamasco e Ângelo, (2001) referem que se reconhece a nova condição de por-

tadora de doença, indo de encontro ao defendido por Ribeiro, (1998) onde se procura uma reorganização de papéis decorrentes desta experiência, submetendo-se a tratamentos, na medida em que deseja alcançar a cura.

Silva e Mamede (1998) a propósito do crânio da mama, referem que a manifestação da esperança, é um ponto forte para assegurar à mulher uma imagem positiva das mudanças ocorridas no seu corpo. Ajudar outra pessoa, partilhar experiências e problemas de outra natureza, são elementos considerados essenciais para o crescimento e transformação de comportamentos.

Nestes contextos específicos, é inevitável a associação de dor e sofrimento ao processo de doença. Embora conceitos diferentes, eles são usados na maioria das vezes como sinónimos, no entanto, a dor é considerada como um fenómeno estudado, definido e mensurado. Assim, a dor é definida pela Associação Internacional para os Estudos da Dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual, real ou potencial ou descrita em termos de dano. O mesmo nos diz a DGS (2003) quando considera a dor como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só uma componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que sofre. Considerando então que a dor se traduz por emoções e sensações, existem actualmente nos serviços de saúde, formas diferentes de avaliar a dor como 5º sinal vital - Escala visual analógica, escala numérica e escala de faces, mais usada nos serviços de pediatria (DGS, 2003).

O sofrimento, também embuido de subjectividade - tal como a dor - pode ser mais ou menos evidente, na medida em que nos apercebemos que uma pessoa está a sofrer pelas suas atitudes e comportamentos - e na nossa avaliação - de que tem razão para tal (Gameiro, 1999). Outro autor, Meleis (1991,p. 357) definia sofrimento como um “sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual, até a uma angústia, que pode evoluir para uma espécie de desespero maligno, caracterizado pelo sentimento de abandono, e expresso através de uma conduta de negligência de si mesmo”. Sofrimento é então, uma vivência desconfortável que resulta de uma ameaça à integridade da pessoa ou como sintetiza Gameiro (1999:p.35), é “uma característica ontológica do ser humano enquanto consciente de si e confrontado com a sua vulnerabilidade e finitude”. Este autor alerta para o facto de o sofrimento não poder só ser perspectivado como um estado vivencial negativo, pois sendo inevitável e recorrente ao longo da vida, é necessário que se aprenda a integrar. Ele pode assumir um papel positivo, como factor de reajustamento e busca de novos significados para a vida, no confronto da pessoa com as suas fragilidades e sua finitude. Como se

pode constatar, saúde e doença andam sempre de mãos dadas, daí a necessidade de gerir quer uma quer outra. A preocupação das instituições de saúde, passa pela análise de dados em função daquilo que é gasto e como é gasto. A despesa com a doença, vai muito mais além daquilo que é gasto directamente. O quadro 1 mostra o tipo de custos a ela associados bem como exemplos em cada tipo de custos. Embora não podendo ser mensurados, muitas vezes os custos indirectos e intangíveis são muito preocupantes interferindo assim em grande escala na qualidade de vida do ser humano.

Quadro 1 - Tipologia de custos em avaliação económica

Tipo de custos	Exemplos
CUSTOS DIRECTOS <u>Serviços de Saúde</u>	Internamentos Consultas médicas Cuidados domiciliários <i>Overheads</i> - custos fixos-administração limpeza, etc Medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica Investigação Cuidados preventivos Formação
<u>Externos ao Serviço de Saúde</u>	Custos familiares e apoio a crianças Transportes, serviços sociais Avaliação de programas
CUSTOS INDIRECTOS	Reduções na produtividade pela morbilidade e mortalidade Tempo de lazer sacrificado Tempo perdido por familiares (visitas hospitalares)
CUSTOS INTANGÍVEIS	Custos psicossociais Ansiedade, perda de bem-estar associado: morte provável, incapacidade, perda de oportunidade de emprego Dor e desconforto

Fonte: Pereira, Mateus e Amaral (1999). Custos da Obesidade em Portugal: Documento de trabalho

A saúde como bem maior

“Entre saúde e dinheiro, saúde primeiro”

É indiscutível que todos os dias, em diferentes situações, expressamos que a saúde tem imenso valor. Será que conseguimos realmente saber qual é esse valor? De facto, a saúde é considerada por organismos internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde e a Comunidade Europeia como fundamental na vida das pessoas, a qual deve

ser apoiada por políticas e acções eficazes a nível nacional e internacional. A justificar esta ideia é de salientar os princípios fundamentais da acção da Comunidade Europeia no domínio da saúde, expressos no Livro Branco: uma abordagem estratégica para o ano 2008-2013. São eles:

Primeiro princípio - Uma estratégia baseada em valores partilhados. Esses valores são os da universalidade, equidade, acessibilidade aos cuidados de qualidade e solidariedade.

Segundo princípio - A “saúde é a maior riqueza”. A essência deste princípio reside, segundo este documento, em que a saúde é muito importante para o bem-estar das pessoas e da sociedade sendo que uma população saudável é também uma condição fundamental para a produtividade e prosperidade económicas.

Terceiro princípio – Integrar a dimensão da saúde em todas as políticas. Aqui reconhece-se que a saúde não depende exclusivamente de políticas de saúde mas de um conjunto de parcerias e outras políticas tais como ambiente, políticas alimentares, investigação animal, fiscalidade sobre o tabaco, entre outras.

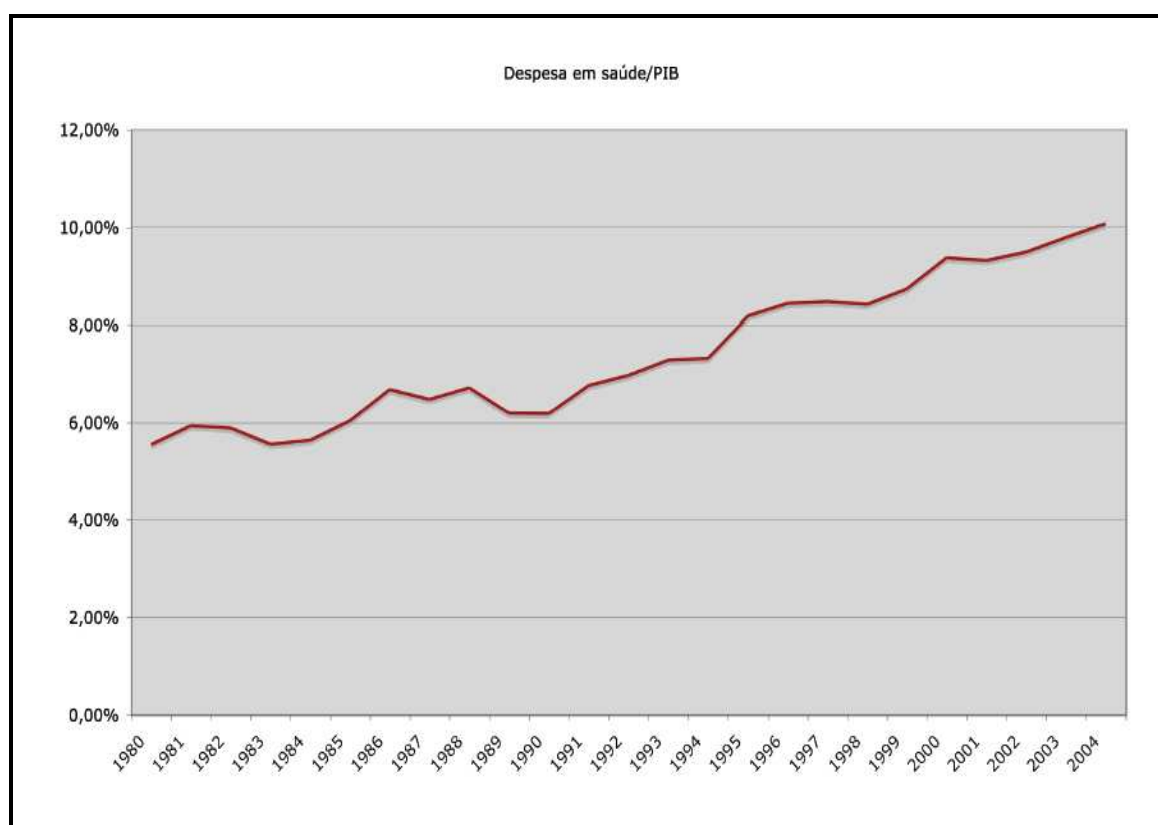
Quarto princípio - Reforçar a influência da União Europeia no domínio da saúde a nível mundial. Neste princípio reconhece-se que num mundo globalizado, é difícil separar as políticas nacionais das internacionais e que a União Europeia bem como os seus estados membros, podem obter melhores resultados através de uma liderança colectiva e duradoura em matéria de saúde. O valor que tem sido atribuído à saúde ao longo dos tempos é também traduzido pela sabedoria popular quando faz alusão de que “a saúde não tem preço”. De facto esta ideia é também analisada por Barros, (2005) quando nos diz que a produção de saúde não tem um preço observável, na medida em que é resultado da combinação das características de cada pessoa, do tipo de cuidados que recebe, e do tempo que é usado pela pessoa na produção dessa saúde. Esta discussão e na opinião deste autor é importante fazer a distinção entre saúde e cuidados de saúde, na qual se incluem os cuidados médicos e diferenciar ainda “preço” e “valor”. O preço, está ligado à noção de escassez, designa o valor da última unidade a ser utilizada ou consumida de um recurso que seja transaccionado no mercado. O valor é geralmente usado para designar a valorização de todas as unidades consumidas. De facto, quanto mais escasso for um recurso maior é o seu preço. Reforça ainda que o valor da saúde leva a questionar o quanto vale uma vida humana.

O autor supra citado, para clarificar esta ideia acrescenta ainda que o preço da saúde define-se pelo custo de oportunidade de ter que abandonar outros consumos para obter

mais uma unidade de saúde e é tanto maior quanto maior for o preço dos cuidados médicos utilizados e menor for a capacidade de “produção” de saúde.

Na verdade a ideia central desta discussão reside no facto de o preço ser mais elevado quando há necessidade de obter cuidados de saúde e quando muitas vezes se investe dinheiro na área da saúde, ele não é direccionado verdadeiramente para a saúde mas para fazer face aos necessários cuidados de saúde, entre os quais cuidados médicos e de enfermagem, salários, e equipamentos, ou seja a saúde não tem preço mas tem custos, os quais estão mais associados às alterações (doença) do que propriamente à saúde. Retomando as questões de “preço” e “valor”, Barros (2005) reforça que o elemento crucial é o valor da escassez e faz a analogia da água e do diamante. É geralmente aceite que a água é essencial à vida e que o diamante não o é. No entanto, o diamante tem o preço equivalente a muitos litros de água. Como o diamante é mais raro, é mais caro, contudo um momento de falha no planeta de ambos os bens, não haveria dúvida que escolheríamos a água e não o diamante.

Quadro 2 - Evolução da despesa em saúde no global do PIB desde 1980 até 2004



Fonte: Barros (2007). *O preço da saúde*, disponível em :

<http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/congresso-gastro.pdf>

Para Honoré (2002) a saúde é entendida como um “*Bem*” que o homem possui e do qual pode dispor, e cita mesmo expressões que traduzem a ideia de um recurso fundamental, tal como: “...a saúde é um capital...”; “...o bem mais precioso...”, “é ter em si uma força para viver, um capital de energia”; “um presente”; “capacidade que é preciso guardar”, ou ainda “...o que eu recebi do meu pai e transmito ao meu filho” e além destas expressões aquela em que se refere à saúde como “... capital que se deve gerir”. Na perspectiva deste autor, a saúde torna-se um valor social, na medida em que está associada à produtividade, enquanto a doença pelo contrário, está associada à incapacidade de trabalhar e não competitividade. É nesta perspectiva que o autor alerta mesmo para que “Não esqueçamos que desde sempre a palavra saúde, foi desde sempre associada ao trabalho (Honoré, 2002,p:24), facto que não deixa de ser por demais evidente, seja do ponto de vista plural da organização das comunidades, seja do ponto de vista singular, em termos de segurança social e de identificação estatutária. Mas para melhor perceber esta ideia, apresentam-se a seguir, as ideologias e artefactos, que foram delineando o que progressivamente se veio entendendo por saúde e sua manutenção, fenómeno que, se por um lado não foi facilmente aceite, também não parece por outro, que tenha sido completamente integrado no “conhecimento proverbial” como algo novo. Como se verá, o reconhecimento da consciência da ocorrência da “moléstia”, parece ter emergido mais cedo que as expressões taxonómicas de saúde, ao ponto de parecer ter sido a vida em si mesma, a Mestra das mensagens proverbiais, ao tempo em que Homem e contexto se intergeriam e assim sobreviviam.

1.1 Evolução das Concepções de Saúde

“Do tempo e da experiência nasce a paciência”

A bibliografia disponível apresenta a concepção da saúde e da doença, ligada a uma história de construções e significações acerca da natureza, das funções e estrutura do corpo, bem como as relações da pessoa com o ambiente. Assim, fará algum sentido apresentar algumas perspectivas que nos possam elucidar como e porque é que este “binómio”, veio sendo explicado ao longo do tempo, e qual a responsabilidade dessas explicações, nas actuações dos decisores e dos técnicos que representam os Sistemas de Saúde contemporâneos.

Por exemplo, para explicitar como o fenómeno de doença se tornou prevalente na nossa atenção e consumos, Mayers e Benson (1992), defendem duas concepções como tendo sido um marco diferenciador no percurso da medicina: a concepção fisiológica e a con-

cepção ontológica. A primeira, já iniciada por Hipócrates (pai da medicina) explica as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa; a segunda, defende que as doenças são entidades exteriores ao organismo e não têm sempre o mesmo significado. A concepção ontológica está ligada à medicina que reúne esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de diagnósticos em que se procuram os órgãos afectados que provocam sintomas. Nesta linha de pensamento, Ribeiro (1998)⁶ vai mais longe, e refere que a história da medicina não se resume a estas duas concepções, defendendo mesmo, que para descrever a evolução de saúde e de doença, devem-se ter em conta quatro grandes períodos. São eles:

1. Pré cartesiano
2. Desenvolvimento do modelo Biomédico
3. Primeira Revolução da saúde
4. Segunda Revolução da saúde

Período Pré Cartesiano – Este período centra-se na tradição Hipocrática. Acompanhou o racionalismo e defendia que as doenças não são causadas por demónios nem por Deuses, mas sim por causas naturais. A saúde é entendida por como expressão do equilíbrio entre os humores corporais (sangue, bílis negra e amarela, e pela linfa ou fleuma). Nesta concepção, o bem-estar da pessoa estava sob influência do ambiente e a doença surgia do desequilíbrio dos quatro humores. Em síntese: Nesta época, a saúde resultava do equilíbrio harmonioso a que Ribeiro, (1998) denomina de **eucrasia** entre os aspectos ambientais tais como a água, ar alimentação, entre outros, e a ruptura deste equilíbrio, **discrasia** (Ribeiro 1998: p.54 e 55). A ideia essencial desta perspectiva, é de que o corpo e a mente constituem aspectos inseparáveis do homem. A saúde era então concebida numa perspectiva holística.

Modelo Biomédico – Esta concepção surge por volta do séc. XVII, e ao tempo, o mundo é considerado como uma máquina formada por um conjunto de peças. Esta concepção do mundo físico, foi generalizada aos seres vivos, estudando-os, desarticulando as suas partes (órgãos), e assumindo que cada uma destas partes desempenha uma função. No modelo biomédico, a teoria do germe veio responder às grandes questões da saúde da época. À luz do espírito cartesiano, esta teoria veio dizer que um organismo patogénico específico estava associado uma doença específica. Este modelo permitiu um grande progresso e reorientou a prática e investigação médica à volta de três critérios:

3 - José Luis Pais Ribeiro é doutorado em psicologia da saúde e membro the European Healt Psychology Society. É ainda professor de Psicologia no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa

1. A ênfase anterior de que todos os sistemas funcionavam como um todo foi substituída pela tendência a reduzir os sistemas em pequenas partes, podendo ser consideradas separadamente cada uma delas.
2. O indivíduo com as suas características particulares, deixou de ser o centro da atenção médica, sendo substituída por características universais de cada doença.
3. Por último, este modelo centra-se no corpo (organismo com todas as suas partes) menosprezando o ambiente e as emoções. (Ribeiro, 1998)

A Primeira Revolução da Saúde – A primeira revolução da saúde foi segundo Ribeiro (1998) foi um dos ramos do modelo biomédico que conduziu ao desenvolvimento das modernas medidas de Saúde Pública. Das alterações dos sistemas de produção e consequentes mudanças sociais associadas à revolução industrial nos finais no séc. XVIII, resultaram consequências nefastas para a saúde das populações. O facto de se ter tornado necessário aglomerar pessoas nas grandes cidades, em fracas condições de salubridade, facilitou a difusão de microrganismos causadores de grande morbilidade e mortalidade. Surgem as grandes epidemias com o respectivo impacto no equilíbrio ecológico. O aparecimento da peste branca – a tuberculose - ainda nos nossos dias considerado um problema de saúde pública, foi a que mais gente vitimou. Outras doenças infecciosas tais como o sarampo, varíola, difteria tiveram consequências graves, vindo só mais tarde a ser controladas através da vacinação. As referidas medidas de saúde pública, foram então essenciais para a mudança dos padrões de saúde e doença. As descobertas de Robert Kock – o Bacilo da tuberculose em 1882 e Pasteur – a penicilina - em 1928 vieram alterar o pensamento que dominava na viragem do século, bem como a melhoria das condições sociais e económicas, facilitaram a implementação da teoria do germe (característica do modelo biomédico aplicado à primeira revolução da saúde). Esta fase teve grande impacto na luta contra as doenças infecciosas. Na opinião do autor supra citado, o modelo biomédico aplicado à Saúde Pública desenvolveu-se devido ao reconhecimento de que:

- a) As doenças infecciosas eram difíceis de curar, senão impossíveis, e uma vez instaladas, o seu tratamento e cura eram dispendiosas;
- b) Os indivíduos contraíam as doenças em contacto com o meio físico e social que continha o agente patogénico;
- c) As doenças não se contraíam, a não ser que o organismo hospedeiro fornecesse um meio favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso.

Decorre desta análise, que era muito importante controlar os agentes patogénicos. Assim, para prevenir as doenças, tornava-se necessário este controle, através de uma

eficaz construção de sistemas de esgotos, da distribuição de água potável ou destruindo os agentes. Por exemplo, uma dupla de operações emergentes foi: a cloração das águas de consumo e a aplicação de vacinas (Ribeiro, 1998). Quando estas medidas falhavam intervinha a medicina curativa com os antibióticos.

Neste contexto, a tónica da prevenção assume aqui uma especial atenção. O conceito de Prevenção e de acordo com Mausner & Bhan (1990) significa inibir o desenvolvimento de uma doença antes que ela ocorra, incluindo medidas que interrompam ou atrasem a progressão da doença. Estes autores salientam a importância na intervenção aos diferentes níveis de prevenção:

- A **prevenção primária**, consiste em medidas que se dividem em duas grandes categorias a Promoção geral da Saúde e medidas protectoras específicas. A primeira inclui a criação de condições – nos quotidianos das pessoas comuns - que favorecem uma vida saudável em casa e a Educação para a Saúde. A segunda, inclui as imunizações (vacinação), o saneamento do ambiente e a protecção contra os riscos laborais.
- A **prevenção secundária** refere-se à detecção precoce e ao pronto tratamento da doença, prevenir complicações e limitar a incapacidade. Este nível de prevenção, devido à incapacidade de prevenir certas doenças, os esforços centram-se no seu controle, como é o caso das doenças crónicas, do tipo da Diabetes Mellitus, das Insuficiências Cardio - vasculares ou vasculares periféricas, dos processos Artríticos ou artrósicos.
- Um **terceiro nível de prevenção** é ainda referido o terciário que consiste na limitação da incapacidade e na reabilitação sempre que a doença tenha deixado qualquer lesão residual, exigindo esforços para restituir a um indivíduo diminuído um lugar na sociedade. O objectivo predominante neste nível de prevenção é maximizar as capacidades residuais, centrando-se nas faculdades que lhe restam.

A Segunda Revolução da Saúde – Os aspectos mais caracterizadores desta fase são:

1. Centra-se na saúde ao invés da doença
2. Preconiza o retorno a uma perspectiva ecológica

Ribeiro (1998) defende que apesar dos problemas da 1ª revolução da saúde estarem resolvidos, no século XX surge outra epidemia – a comportamental. Constatou-se, em países desenvolvidos, que as doenças que mais contribuíam para elevadas taxas de mortalidade eram doenças de etiologia comportamental. Assim sendo **a segunda revolução da saúde** tem uma nova concepção de que a nova “**vacina**” terá de ser a de modificação de comportamentos

O livro Branco sobre a saúde dos canadianos, publicado em 1974 pelo então Ministro - Lalonde, foi muito importante, para fortalecer a segunda revolução de saúde. Este defendia o estabelecimento de uma política nacional baseada em quatro pilares: (1) biologia humana, (2) meio ambiente, (3) estilo de vida e (4) organização dos cuidados de saúde. Este modelo foi utilizado para analisar a contribuição de cada um dos seus pilares para as 10 principais causas de morte. Os resultados da pesquisa de Richmond em 1976 nos EUA, (in Ribeiro, 1998), referem que cerca de metade das mortes prematuras eram devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida; considerando assim que: 20% estavam ligadas a factores ambientais; 20% à biologia humana; 10% os cuidados inadequados.

É também nesta altura, que é dada ênfase aos conceitos de bem-estar psicológico e bem-estar subjectivo, sendo que, o bem-estar subjectivo é considerado como um conjunto vasto de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, tais como a satisfação global com a vida e o sentimento de felicidade (Galinha & Ribeiro, 2005).

Falar de bem-estar subjectivo, é na opinião de McCullough, Heubner e Laughlin (2000), falar de um modelo tripartido do bem-estar constituído por três componentes inter-relacionadas mas separadas, tendo sido assumidas como; a satisfação com a vida global, o afecto positivo e o afecto negativo. As primeiras - a satisfação - definem-na como uma avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo; o afecto positivo refere-se à frequência de emoções positivas como o orgulho e interesse, e por último, o afecto negativo refere-se à frequência de emoções negativas como as perturbações e a hostilidade. Daqui decorre que as pessoas que demonstram um bem-estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas e avaliam positivamente a sua vida como um todo, conjunto de percepções, que progressivamente se viria a tornar cada vez mais utilizado, para reconhecer níveis de sentimento de bem-estar, ou percepção de qualidade de vida.

1.2 Promoção da Saúde e o Modelo Salutogénico

“O mal e o bem à cara vem”

As ideias emergentes da Segunda Revolução da Saúde apresentadas no capítulo anterior, acentuaram a responsabilidade individual pela saúde. Sendo já visíveis os benefícios da Primeira Revolução, surgem conceitos inovadores que se abordarão detalhadamente, tais como o **estilo de vida, Promoção da Saúde, Recursos Gerais de Resistência (RGR), salutogênese e sentido de coerência**

Estilo de vida - Os problemas ligados aos estilos de vida e aos comportamentos adquirem hoje especial relevo. O desenvolvimento saudável de uma população representa um aspecto importante na vida de qualquer comunidade (Barros, 2005). Entende-se o desenvolvimento como um processo contínuo através do qual os indivíduos adquirem a capacidade de satisfazer as suas necessidades e de promoverem competências pessoais e sociais. Este autor considera a Promoção da Saúde, um determinante desse desenvolvimento harmonioso com consequentes ganhos em saúde.

Os determinantes da saúde podem agrupar-se em várias categorias: **biológicos** (idade, sexo, factores genéticos); **comportamentais e estilos de vida** (fumar, exercício, limitado, nutrição pouco saudável); **ambientais** (redes de apoio, emprego); **sistema de saúde** (políticas de saúde, acessibilidade). Por questões de selecção metodológica, e porque é nestes que o Objecto de estudo se insere – os provérbios – de entre os determinantes referidos, iremos explorar apenas os comportamentais e estilos de vida.

Considerando que Estilo de Vida é considerado “o agregado de decisões individuais que afectam a vida (do indivíduo) e sobre os quais tem algum controle” (Lalond, 1979), é compreensível que o indivíduo, isoladamente ou em comunidade, ao seleccionar alguns comportamentos em detrimento de outros, pode interferir positiva ou negativamente sobre a sua saúde. Este conceito pressupõe assim, de forma subjacente, um conjunto de cognições, motivações e comportamentos.

A OMS define Estilo de Vida como “um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem as actividades, atitudes e valores sociais” (WHO, 1986 p. 43). Nutbeam (1998), chama a atenção para o facto, de reconhecer que não há um estilo de vida “ótimo” que possa ser prescrito a todas as pessoas, pois a cultura, o estatuto socioeconómico, a estrutura familiar, a idade, o envolvimento em casa e no local de trabalho, constituição certos estilos e condições de vida, mais atractivos, possíveis e apropriados.

Na sequência destes conceitos, a D.G.S. (2004) afirma que as doenças crónicas associadas aos estilos de vida, são hoje as principais causas de incapacidade, perda de qualidade de vida, significativas no consumo de serviços de saúde, representando em 2000 a nível Europeu cerca de 75% da carga de doença (burden of disease) expressa em DALYs⁷. Acrescenta ainda, que a maior parte dessas doenças, tem como etiologia comum, um conjunto de factores ligados a estilos de vida individuais. A mesma entidade reforça ainda dois aspectos:

⁷ DALYs- Disability adjusted life years (Um DALY corresponde à perda de um ano vida saudável)

1. A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais - que podem ser entendidos como estilos de vida - constitui uma questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva.

2. O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stress são actualmente identificadas, como sendo os principais factores implicados na origem dessas doenças.

Os resultados das investigações anteriores, tem chamado à atenção, para os profissionais de saúde operacionalizarem medidas de sensibilização e de educação, no sentido de alterar os estilos de vida da população, tais como: Deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o stress, praticar exercício físico regularmente, dormir o número de horas adequadas e verificar periodicamente a sua saúde (Ribeiro, 1998).

A DGS (2004) a este propósito sintetiza: *“A experiência acumulada permite concluir que a intervenção sobre os estilos de vida, entendidos como um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais, obriga à implementação de estratégias de promoção de saúde, multidisciplinares e diversificadas”*.

Promoção da Saúde – o conceito de **Promover** a saúde, tem a ver com medidas do dia-a-dia (a nível individual e sistémico) de forma a criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa não apenas a prevenção das doenças, mas sobretudo e em essência, a possibilidade de promover e proteger a sua saúde (Matos, 1998).

Existem diferentes formas de abordagem da Promoção da Saúde, no entanto já Ewles e Simenett, (1999) apresentavam uma classificação em cinco tipos de abordagens:

1. Abordagem médica - pretende promover a intervenção médica, assente no conformismo dos utentes doentes com os procedimentos médicos
2. Mudança de comportamento - Procura trabalhar as atitudes, para obter uma mudança de comportamento, encorajando a adopção de estilos de vida saudáveis
3. Educacional - Assenta na informação acerca das causas das doenças e factores de risco
4. Centrada no cliente - O cliente é visto como um parceiro em plano de igualdade, baseando-se na autocapacitação
5. Mudança social - Assenta na acção política e social para mudar o ambiente físico e social a fim de facilitar as escolhas saudáveis.

A Promoção da Saúde insere-se num modelo de intervenção que visa antecipar-se à doença. Este conceito não é novo, foi utilizado pela primeira vez por Sigerist em 1946,

que defendia que a saúde “se promovia” e que a grande função da medicina consistia em quatro tarefas: a Promoção da Saúde; a prevenção da doença; a recuperação do doente e a reabilitação.

O conceito de Promoção da Saúde, definido na Carta de Ottawa (1982) como: “**processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar**”, é também o processo que visa criar condições que permita aos indivíduos e aos grupos, controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam.

Aqui, nesta perspectiva, a inovação está no conceito subjacente “capacitar”, como tradução da forma verbal “to enable” que significa operativamente “fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, dar o poder legal, capacidade ou autorização para”. No seu sentido mais prático, do ponto de vista de estratégias aplicáveis, um **modelo de promoção de saúde** procura estabelecer estratégias comportamentais que reforcem a saúde, e que a adaptação ao meio é uma forma de manter a saúde (Garcia & Martines, 2000).

Esta perspectiva, coloca-nos perante um novo paradigma – o modelo salutogénico - que coloca em evidência o que Antonovsky (1985) chama de **Recursos Gerais de Resistência (RGR)** à doença, e que segundo o autor, podem ser físicos, psicológicos e sociais e espirituais, como mais à frente se irá explicitar. Nunes, (1999) acrescenta que os recursos enumerados devem ser entendidos e vividos à luz não do que a Ciência produz, mas também do que é adaptável a cada caso individual. Cada ser humano nas suas diferentes etapas da vida, deve ser capaz de desenvolver o máximo de vitalidade.

Como processo que é, tem como objectivo o desenvolvimento das pessoas aumentando assim os seus factores protectores.

Já na conferência internacional de Alma – Acta, sobre os cuidados de saúde primários em 1978, e na proclamação da saúde para todos no ano 2000, a meta de ultrapassar o modelo biomédico, bem como todas as implicações respectivas, fez parte da agenda da OMS, pelo que esta Organização estimulou a adopção deste conceito, através do lançamento de programas de Promoção da Saúde.⁸

⁸ Programa de cidades saudáveis; Escolas promotoras de saúde, Hospitais promotores de saúde programas de promoção no local de trabalho, programa universidades promotoras de saúde

Alguns anos percorridos, outras conferências realizadas continua a ideia de que a Promoção da Saúde continua a ser uma estratégia fundamental que urge pôr em prática. As escolas, e a comunidade em geral oferecem oportunidades muito importantes para a implementação de estratégias para uma sociedade mais saudável. Pelo exposto anteriormente, pode afirmar-se que as pessoas e as populações, podem intervir em todas as áreas desde que estejam **capacitadas**. Assim, ao nível dos serviços de saúde fica o alerta para a reorientação dos mesmos, devendo: capacitar para o auto-cuidado e auto ajuda, mediar - criando contextos onde o indivíduo e os grupos se possam exprimir - e advogar, removendo barreiras políticas e instituições, de forma a possibilitar a concretização de iniciativas.

Este paradigma opõe-se em estratégias e atribuição de responsabilidades, ao paradigma patogénico, que como já referimos anteriormente, que tem ainda prevalecido na prática clínica dos profissionais de saúde. Este, inserido numa lógica orientada para a doença, centrando-se na etiologia, tratamento e prevenção, resulta consequencialmente mais caro: ao Sistema de saúde pela aplicação de terapêuticas de elevado custo, e ao cidadão pela perturbação emocional e biológica de ter que lidar com a dor física, o desconforto, a falta de assiduidade ao trabalho e pelo pagamento monetário que tudo isto envolve.

A Salutogénese, conceito criado e defendido por Antonovsky, com origem no seu étimo latino “*salus*” que significa invencibilidade, bem-estar felicidade e saúde. Ao contrário Patogénese, etimologicamente deriva do grego “*pathos*” (doença) + génese (origem). Apesar de se tratar de conceitos diferentes, Antonovsky (1991) considera que a orientação salutogénica deve acompanhar a Patogénese e não necessariamente substituí-la; defendendo também que, Salutogénese não significa o contrário e admite que as pessoas podem ser consideradas mais ou menos saudáveis, sendo simultaneamente mais ou menos doentes. Assim sendo, questiona-se de que forma uma pessoa se mantém mais ou menos saudável no continuum saúde – doença? Além da importância dos Recursos Gerais de Resistência (RGR) já mencionados, é fundamental ter um forte **sentido de coerência**.

Para melhor compreender a Salutogénese o autor utiliza a metáfora de um “rio”, e compara a acção predominante na área clínica com a perspectiva salutogénica.

O rio simboliza a vida e a pessoa encontra-se a percorrer esse rio que se estiver capacitada para nadar por exemplo, pode chegar às margens sempre que necessite e lutar contra as adversidades da vida.

No que respeita à protecção e manutenção da saúde, Graça (2006), diz que alguns preceitos simples são recomendados para conservar a saúde e dispensar os serviços do

médico e do boticário, e que estão inevitavelmente associados a uma vida regrada (alimentação, actividade física, etc.) e às condições ambientais. De acordo com os ensinamentos do *Regime de Saúde da Escola de Salerno*, um espantoso programa medieval, de promoção de estilos de vida saudáveis, que foi criado no Sul da Itália (documento, do séc. XII ou XIII, cf. Graça, 2006), a sabedoria popular em várias ocasiões utiliza estes ensinamentos sob a forma de provérbios. Veja-se por exemplo, a mensagem de carácter salutogénico inclusa em cada um destes provérbios:

"Vale mais uma onça de cautela que uma arroba de botica";

"Onde não entra o sol entra o médico";

"De fome ninguém morreu, mas sim de muito que comeu";

"O homem velho é médico de si".

O modelo salutogénico põe em evidência as predisposições do indivíduo que associadas aos Recursos Gerais de Resistência (RGR) à doença, são responsáveis pela regulação face às perturbações patogénicas que levam o indivíduo à situação de doença e morte. Os Recursos Gerais de Resistência (RGR) são na opinião de Nunes (2002):

Recursos Físicos - inserem a actividade física, boa alimentação, entre outros, e considera que ao desenvolverem estes recursos, "...tonifica-se o corpo e a doença pode ser evitada. No caso de se ser vítima de doença, um corpo bem alimentado e tonificado está mais apto a combater-la com sucesso". (Nunes, 2002:p.30). Mais do que esta ideia, apela-se à compreensão da premissa de que "o corpo biológico" enquanto espaço protector, se bem fortificado, pode impedir ou retardar um episódio patológico geneticamente condicionado.

Recursos Psicológicos – expressos através da auto-estima, auto conceito, optimismo, e defende que se uma pessoa desenvolver uma visão optimista da vida, manifestará uma energia contagiante, afastando o **pathos** da vida. O mesmo autor refere mesmo que já o sábio Salomão equacionava este princípio salutogénico num dos seus provérbios "*Saúde para os ossos é coração alegre*".

Recursos Sociais - Considerados também fundamentais para ter uma vida de qualidade, inserem a interacção social, o voluntariado, boas amizades, boas relações com os colegas, frequência de clube ou pertencer a uma organização, e são considerados factores promotores de saúde.

Factores espirituais - Apesar dos valores espirituais serem negados com o desenvolvimento tecnológico das sociedades modernas, é necessário atribuir-lhe importância. Nunes, (2002) afirma que "...a equação de uma fonte criadora e mantenedora de vida,

responde perante a precariedade humana, que tem como única oferta garantida a inevitabilidade da morte..." (Nunes, 2002:p.31). Este autor realça que esta dimensão carece de um cuidado particular e necessita de ser reequacionada na vida do ser humano para se libertar dos medos que o condicionam e escravizaram. Reforça ainda a ideia de que todos os factores abordados têm de ser entendidos dentro do necessário equilíbrio e devem ser vividos à luz do que a ciência nos traz mas ainda em termos do que é adaptável a casos individuais.

Pelo exposto, as escolhas que fazemos hoje, são a capitalização de uma riqueza que recebemos e que podemos gerir para benefício nosso e dos outros.

Para lutar contra as adversidades da vida, torna-se também necessário desenvolver, e na opinião de Antonovsky (1987), um **Sentido de Coerência** que segundo ele é conseguido com a integração de três componentes:

Compreensibilidade – Os estímulos desencadeados pelo próprio meio interno ou externo ao longo da vida são estruturados, previsíveis e explicáveis;

Combatividade – Cada um tem os seus recursos disponíveis para ir ao encontro das necessidades criadas por tais estímulos;

Significação – Tais necessidades são desafios de investimento e dedicação

De referir ainda que a combatividade, e segundo o mesmo autor, depende não só dos recursos pessoais, mas também do relacionamento com os outros e do apoio social e ambiental. Esta ideia vai de encontro ao defendido por Nunes (2002) quando enfatiza os recursos sociais. No conjunto, os autores defendem que há uma capacidade intrínseca ao sujeito, que pode ser desenvolvida ou não, que é dotadora de uma habilidade capaz de nos fazer escapar e defender perante os fenómenos surpreendentes e mais inusitados.

Para finalizar e parafraseando Graça (2006) a **Promoção da Saúde** é tradicionalmente um conceito baseado na evidência. No que respeita à protecção e manutenção da saúde, a filosofia de senso comum é *céptica* em relação ao papel da medicina ("O melhor *médico* é o que se procura e se não encontra"), ou por outras palavras: Tu és o melhor médico de ti mesmo... Mas nem por isso esta filosofia popular deixa de estar eivada das concepções dominantes da *medicina arábico-galénica* e da influência da teoria hipocrática dos quatro humores" (autor, ano pag.). Para exemplificar esta ideia, o autor cita os seguintes provérbios:

- "*A doença e a dor conhecem-se na cor*"; o que alude à capacidade vascular e valor de transporte de oxigénio pelas hemácias;

- *"Contra os maus humores grandes suores"*; que alude à capacidade micro vascular e micro linfática de libertar toxinas pela perspiração e drenagem renal;
- *"Fora de horas urinar é sinal de enfermar"*, que se relaciona com o excesso de ingestão hídrica diurna, e ter que depois usar os períodos de repouso para eliminar excessos;
- *"Quem bem urina escusa medicina"*, que alude à capacidade vascular e renal para filtração e drenagem;
- *"Mijar claro, dar figas ao médico"*, alude à não necessidade de aliviar o sistema gastrointestinal e metabólico, porque há educação alimentar, e também a capacidade vascular e renal de forma a existir filtração correcta.

1.3 Holismo e Saúde

"Quem tem saúde tem tudo, quem não tem saúde não tem nada"

O paradigma Holístico emerge de uma crise da ciência do paradigma Cartesiano - Newtoniano que postula a racionalidade, a objectividade e a quantificação como únicos meios de chegar ao conhecimento. Este Paradigma busca, na opinião de Teixeira (1996), uma nova visão que deve ser responsável em dissolver toda a espécie de reducionismo, forçando neste sentido um novo debate no âmbito das diversas ciências e a promoção de novas atitudes.

Pelo exposto, emerge a ideia de que o conceito holístico rompe, com o mundo mecanicista da modernidade, onde a compreensão dos organismos vivos era a de máquinas sujeitas à manipulação e à dominação. O Holismo⁹ introduz a compreensão de um modo sistémico de conceber a vida em múltiplas dimensões. Assim sendo, e em conformidade com este modelo, a pessoa é vista como um sistema que tem a capacidade de criar mudanças para se adaptar ao ambiente.

Com base no conceito de Holismo, uma vez que tem subjacente a ideia do todo, as partes tidas em consideração isoladamente, não podem ser rentabilizadas; logo, não é possível dissociar os recursos sociais e pessoais, das capacidades físicas de cada pessoa. Naidoo e Wills (1999); Ewles e Sinmet (1999) consideram que neste conceito podem identificar-se diversas dimensões de saúde que sendo na realidade distintas, se encontram de uma forma interligada, influenciando isolada ou interdependente a saúde individual, e se traduzem por:

⁹ O termo Holismo, segundo Neto (2002) tem sido muito utilizado na enfermagem, para compreender as complexas relações do ser humano com o cosmos, na medida em que os modelos de enfermagem estão baseados em suposições científicas e filosóficas e por conseguinte identificam convicções e valores ao constituírem os seus modelos teóricos. Para exemplificar esta ideia, dá como exemplo o modelo de adaptação de Roy cuja contextualização foi baseada na teoria geral dos sistemas. O próprio Roy (1990) considera que este modelo de adaptação permite considerar a pessoa como um sistema composto por vertentes de ordem biopsicossocial as quais requerem respostas de adaptação a estímulos ambientais

Saúde física: capacidade de funcionamento do corpo, expresso aqui na sua componente somática:

Saúde mental: capacidade de pensar coerentemente e julgar;

Saúde emocional: capacidade de reconhecer os próprios estados emocionais e reagir adequadamente

Saúde social: capacidade de interagir na rede de relações sociais

Saúde espiritual - capacidade de reconhecer os próprios valores e credos (incluindo os religiosos) e de em conformidade os pôr em prática

Saúde sexual - capacidade de reconhecer e aceitar a própria identidade sexual e de em conformidade a pôr em prática. A interagir com estas dimensões, numa perspectiva exterior, salientam ainda mais duas dimensões:

Saúde societal – influência do meio próximo na saúde individual, como é o caso das condições reais de habitação, higiene, transporte ou discriminação social

Saúde ambiental – influência das dimensões politico-ambientais na saúde individual como por exemplo a legislação, regulamentação sobre política ambiental e sobre a equidade ou algum tipo de discriminação quanto ao género, idade, etnia ou grupos sociais.

1.4 Ambiente e Saúde

"Respirar mau ar é beber a morte"

O conforto ambiental, tem sido amplamente estudado, e é consensual e universalmente aceite, um importante contributo para a saúde e para o bem-estar. O conforto ambiental, além de ser uma necessidade que tem de ser satisfeita é ainda um direito e um dever. A constituição da república diz textualmente no seu artigo 66º que “ todos têm direito a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado e o dever de o fazer”.

Apesar de estarmos em pleno século XXI, o World Healt Report reconhece como ameaças para a saúde as doenças infecciosas, os desastres naturais e ambientais ou industriais que se relacionam com comportamentos humanos. O ambiente faz parte da tríade ecológica, na tentativa de explicar as inter-relações deste com o hospedeiro e o agente causador de uma doença.

No processo de saúde doença, Mausner e Bahn (1990) consideram três tipos de ambiente: Biológico, social e físico.

O **ambiente biológico** engloba os agentes infecciosos, reservatório de infecção e os vectores. O **ambiente social** é definido, em termos de organização económica e política global da sociedade e das instituições, através das quais, os cidadãos se integram na sociedade ao longo das várias fases da vida. Consideram os autores, que um grau de integração dos indivíduos numa sociedade tem um significado vital para a saúde, sendo que de um modo geral, um elevado grau de integração protege os indivíduos e o isolamento e alienação social produzem a doença. Por último o **ambiente físico**, incluindo o calor, a luz o ar, a água as radiações, a gravidade a pressão atmosférica e toda a espécie de agentes químicos. Considerando a importância deste último, para poder contextualizar algumas referências proverbiais, ao logo deste capítulo vamos debruçar-nos sobre o ambiente físico.

À medida que foi decorrendo o desenvolvimento humano, de forma sucessiva e progressiva “o homem controla em grande medida o ambiente físico, criando suficiente número de abrigos contra os rigores do clima, purificando a água, tratando os esgotos e regulando durante todo o ano a temperatura e o ar das suas habitações” (Mausner & Bahn, 1990), todavia, quando uns problemas são resolvidos, eis que vão surgindo outros. E estes actuais problemas, foram outrora a resolução para os antecedentes verificados. Verifique-se a mais-valia da industrialização para o desenvolvimento e as inevitáveis problemáticas para o presente e futuro, que foram e serão, as suas consequências. O crescimento da população e toda a industrialização contribui grandemente para a poluição ambiental. A poluição do ar foi uma consequência evidente. De acordo com os autores acima citados, esta, tornou-se uma ameaça para a saúde na medida em que quando as condições do tempo são desfavoráveis, massas de ar poluído podem ser imobilizadas e ficar sobre uma cidade vários dias seguidos, expondo os seus habitantes a uma diversidade de substâncias nocivas, como por exemplo, a cidade do México. Ao nível mais celular, na própria casa, a poluição do ar nos ambientes domésticos, é referida com preocupação, por resultar dos materiais de construção, fumo de cigarro, sistemas de aquecimento que condicionam a produção de óxidos de azoto, dióxido de enxofre e monóxido de carbono. Este fenómeno reverte ao espaço mais proximal do humano, onde passa muitas horas: respira, dorme e alimenta-se. Por isto é que também a OMS e Organização Pan Americana da Saúde, (2003) realçam a importância dos ambientes internos, uma vez que a maioria das pessoas passa a maior parte do tempo em espaços fechados. Pelas mesmas razões apontadas por (Mausner & Bahn, 1990) estimam que nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1,9 milhão de pessoas morram por ano em, virtude da exposição de altas concentrações de matéria em suspensão.

A qualidade do ar interior depende também da qualidade deste no exterior. O interior dos edifícios constitui um ecossistema no qual coabitam numerosos agentes biológicos (bactérias, fungos, ácaros e vírus), transmitidos pelo homem e admitidos do meio exterior ou inerentes às características dos edifícios capazes de induzir respostas patológicas. Exemplos são os sistemas de climatização, que por não terem adequada manutenção ou não estarem adequadamente dimensionados, se transformam em autênticos nichos de agentes. De referir a *legionella*, causadora de pneumonias, tuberculose e micro - epidemias de gripe. Os sistemas de ventilação e de ar condicionado são nocivos para a qualidade do ar, sobretudo porque acumulam também toxinas e, em espaços inacessíveis à manutenção, criam condições em que o grau de humidade e temperatura são propícios ao desenvolvimento de microrganismos.

A acrescentar a esta possibilidade, refira-se que os agentes patogénicos em suspensão nesses locais interiores - muitas vezes resistentes a antibióticos - podem causar infecções nosocomiais de extrema gravidade, que no caso do ambiente hospitalar, é causador de uma grande mortalidade. Neste contexto salienta-se o agravamento de situações, com potencial endémico ou pandémico, caso estes contextos ambientais sejam habitados por indivíduos imunocomprometidos e ou doentes com capacidade de infectarem outros, pela via aérea - como é o caso da tuberculose e viroses - (Araújo, (2007), pode tornar-se uma situação alarmante senão insustentável. A questão situa-se nos silêncios de morbilidade causal em que estes fenómenos de propagação se desenvolvem, já que “a exposição a organismos, que habitualmente não provocam qualquer lesão, pode ser grave numa pessoa com diminuição das defesas imunitárias. E este é um problema cada vez mais importante na medida em que muitas pessoas são hoje mantidas com vida, graças a drásticas terapêuticas médicas ou cirúrgicas que obrigam a interferir com mecanismos imunitários” (Mausner & Bahn, 1990:p.55).

Com base em estudos epidemiológicos, Araújo, (2007), salienta alguns efeitos patológicos e marcadores biológicos de respostas a poluentes:

- Aumento da mortalidade cardio-respiratória
- Aumento da utilização dos serviços de saúde
- Aumento da exacerbação da asma
- Aumento da incidência de sintomas e doenças respiratórias
- Diminuição dos parâmetros da função respiratória
- Infecções pulmonares e deterioração dos mecanismos de defesa

Pelo exposto, a interferência do ambiente vai mais além do que a relação directa no processo de saúde doença. Assim sendo, e no caso concreto da habitação, traduz-se num

dos primeiros e mais vulneráveis espaços de atenção para a Promoção da Saúde. Mas não só, fora do contexto da casa-lar, há outros e diferentes contextos habitacionais e ambientais que acompanham o indivíduo em seu desenvolvimento, tal como as creches, escolas, universidades, locais de trabalho, hospitais, entre outros, e podem em si mesmos constituir a génese espacial da morbilidade.

Relembramos ainda que a habitação, tal como a paz, a alimentação, os recursos económicos, a equidade, ecossistema estável e recursos sustentáveis, foram consideradas, na Carta de Ottawa pré requisitos para a saúde. Num contexto de promoção de saúde, para atingir um estado completo de bem-estar, os indivíduos ou grupos devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar-se e adaptar-se ao meio.

Relativamente aos efeitos prejudiciais que a luz pode ter sobre a saúde, eles são apontados tanto pela sua falta como pelo excesso.

De acordo com OMS e Organização Pan Americana da Saúde (2003), a luz pela acção directa ou indirecta também tem as suas implicações em termos de saúde. O Sol é a principal fonte de raios ultra violeta que de acordo com o seu comprimento de onda podem ser divididos em UVA; UVB; UVC. Os UVB os mais nocivos mas ficam retidos na atmosfera. Os UVA alcançam a terra de uma forma mais intensa mas não são tão prejudiciais quanto os UVB. Os UVC, não chegam a terra. Estas organizações acrescentam que a excessiva exposição ao sol e a raios ultra violeta, pela destruição progressiva da camada de ozono, está associada a vários tipos de cancro e envelhecimento da pele e a problemas oculares. A DGS (2007) acrescenta que a exposição ao calor intenso constitui uma agressão para o organismo, podendo desencadear efeitos graves como a desidratação, agravamento de doenças crónicas, esgotamento, golpe de calor e até a morte. Para evitar os efeitos nefastos, considera entre outros cuidados:

1. Verificar o sistema de ar condicionado, e se existir, garantir a sua manutenção;
2. Fechar as janelas e respectivos meios de protecção para impedir a passagem do ar quente para dentro, mantendo-as dessa forma enquanto as temperaturas do exterior estiverem mais elevadas que as do interior;
3. Ao entardecer, quando a temperatura exterior descer, provocar correntes de ar mas tendo em atenção os efeitos prejudiciais desta situação;
4. Ingerir muitos líquidos, pelo menos 1,5 litro de água por dia fora das refeições;
5. Providenciar roupas leves e largas;
6. Solicitar aos familiares de utentes vestuário adequado para o Verão.

A importância da luz natural no ambiente doméstico é realçada por Níssola, (2005), afirmando que em relação à luz artificial tem inúmeras vantagens, especialmente no que tange ao bem-estar do usuário. Além de auxiliar na iluminação diurna, proporciona uma eficiência energética, proporciona bem-estar global aos ocupantes e a luz dá uma noção da dimensão psicológica do tempo, pois a luz natural está ligada ao nosso ciclo biológico, pela produção de serotonina, (neurotransmissor cerebral importante para a comunicação celular e fundamental para a percepção e avaliação do meio que rodeia o ser humano bem como a capacidade de responder a estímulos ambientais.

Falar de conforto ambiental e as suas implicações na saúde implica outros aspectos além dos referidos. Será possível estar confortável quer em casa quer no local de trabalho se não existir uma temperatura ambiente para que o organismo de acordo com as necessidades termo-reguladoras? É obvio que não. Os efeitos do frio sobre o organismo, tal como o calor são nefastos para o organismo.

O ser humano é um ser homeotérmico, na medida em que tem a capacidade de manter a temperatura corporal dentro de um certo intervalo pré determinado, apesar das variações térmicas do meio ambiente. Considerado 37º a temperatura de equilíbrio, ela pode oscilar sem danos entre os 36,1º e 37,2º.

As lesões mais graves causadas pelo frio, decorrem da perda excessiva de calor por mecanismo de **Condução** - refere-se às trocas directas com um objecto externo; **Evaporação** – por sudação, perspiração e respiração; **Radiação** – raios infravermelhos e **convecção** – para uma corrente de gás ou líquido.

A transferência de calor pelas correntes de ar, quanto maior é a velocidade das correntes de ar (maior a renovação do ar adjacente ao corpo), maior a amplitude de transferência de calor, pelo que o vestuário assume aqui um papel preponderante na medida em que minimiza as perdas de calor por condução e convecção ao permitir a formação de uma camada de ar não renovada junto à superfície corporal.

Associada ao frio, a humidade causa também um efeito prejudicial ao corpo em ambientes frios pela perda de calor. A água é 25 a 30 vezes mais condutiva de calor que o ar, o que significa que um trabalhador em tempo húmido pode perder 25 a 30 vezes mais calor do corpo do que se estiver seco (DGS, 2007). O Vento também aumenta a susceptibilidade do corpo à hipotermia. Os efeitos variam ainda com o tempo de exposição (Magaalhães e cols, 2001).

O quadro 3 - Reacções hipotalâmicas secundárias a alterações térmicas

	VIAS EFERENTES	RESPOSTA
Frio	Vias simpáticas periféricas Libertação de hormonas neuro-endócrinas Estimulação da medula supra-renal Estimulação do centro motor primário hipotalâmico Catecolaminas circulantes	Vasoconstrição Aumento da taxa metabólica basal Libertação de catecolaminas Tremores Lipólise da gordura castanha e branca
Calor	Glândulas sudoríparas Estimulação das vias parassimpáticas e inibição das vias periféricas Inibição dos centros simpáticos centrais	Perda de calor por evaporação Vasodilatação Diminuição da taxa de metabolismo basal

Fonte: Adaptado de textos de apoio de Sónia Magalhães; Roberto Albuquerque; Jorge Pinto e Adelino Moreira (2001) Faculdade de medicina Universidade do Porto - Serviço de Fisiologia

Pelo exposto, pode perceber-se que o conforto ambiental e a qualidade do ar interior são os factores mais relevantes para salvaguardar a saúde e o bem-estar das pessoas. A ausência de conforto é extremamente perturbadora, e uma reduzida qualidade da construção, do ar, da luminosidade e até humidade, podem implicar a manifestação de doenças, muitas das quais são extremamente difíceis de diagnosticar, tratar e curar. As nossas habitações e locais de trabalho - os contextos em que passamos a maior parte do tempo - devem acima de tudo, salvaguardar o direito à saúde e o direito ao conforto. É verdade que como tentativa de manter o equilíbrio, o organismo utiliza mecanismos internos reguladores de forma a conseguir adaptar-se e superar situações adversas, mas é também necessário que o contexto ambiental não possa bloquear essa homeostasia.

1.5 Determinantes Comportamentais

“Devagar se vai ao longe”

Grande parte das doenças crónicas da actualidade está relacionada com comportamentos que muitas vezes podemos modificar. Elas constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas e são as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida com uma expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, bem como dias de internamento. (DGS, 2004). Este organismo reforça a ideia de que as doenças crónicas tem em comum um conjunto de factores fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais e que a forma como cada pessoa gere o seu capital de saúde ao longo

da vida, através de opções individuais, expressas no que podemos entender como estilo de vida, constitui uma questão fundamental na génese da saúde individual e colectiva. Em relação aos determinantes sobre os quais é possível ter algum controle, também Graça (1999), e reforçando o que foi descrito no capítulo anterior, chama a atenção para as “**sete práticas da saúde**”, que inserem conselhos comportamentais, aparentemente simples mas que são fortemente capitalizadores ao longo do continuum e anulam ou reduzem a incidência do fenómeno contrário - DAYLI’s – e que se circunscrevem a:

- Dormir diariamente 7 a 8 horas;
- Tomar habitualmente o pequeno-almoço;
- Nunca ou raramente comer entre as três principais refeições do dia;
- Ter o peso adequado;
- Manter uma actividade física regular;
- Nunca fumar;
- E, de preferência, não consumir álcool ou, pelo menos, beber moderadamente.

Na realidade ao falar destas práticas de saúde, estamos a falar de comportamentos de saúde a que Carmody (1997) definiu como qualquer comportamento que pode afectar positiva ou negativamente a saúde de uma pessoa. Este autor acrescenta ainda que é mesmo difícil imaginar qualquer comportamento ou actividade que não afecte a saúde de alguma forma, directa ou indirectamente. Também Nutbeam (1998) se refere a um comportamento de saúde como sendo qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, indiferente do seu estado de saúde actual ou percebido, com o objectivo de promover, ou manter a saúde, quer ou não esse comportamento seja objectivamente para o fim. Define ainda comportamento de risco, como um comportamento associado com a susceptibilidade a uma causa de saúde-doença. Um comportamento de risco é definido à partida como perigoso, tendo por base dados epidemiológicos e psicossociais. Assim, a alteração dos comportamentos de risco é objectivo da prevenção e da Educação para a Saúde. Por outro lado, para a Promoção da Saúde, os comportamentos de risco são vistos como uma resposta ou mecanismo para lidar com situações adversas.

Como estratégia de alterar esses mesmos comportamentos a Promoção da Saúde inclui o desenvolvimento de competências e a criação de mais envolvimento facilitadores de saúde (Nutbeam, 1998). Sobre este assunto, também Matos e cols (1998) num estudo em colaboração com a OMS sobre a saúde dos adolescentes Portugueses, fazem referência aos comportamentos patogénicos e comportamentos de protecção da saúde. Os primeiros, referem-se a hábitos prejudiciais para a saúde tal como o hábito de fumar, alimentação rica em gorduras e consumo exagerado de álcool. Os segundos, são também

denominados imunogénicos, e devem inclui-se, entre outros, a lavagem dos dentes, uso de cinto de segurança, realizar check-ups regulares, dormir o número de horas adequado por noite. Na mesma linha de pensamento estava já MQueen (1987) quando dizia que os comportamentos associados à saúde se podiam resumir a três tipos: **Comportamentos de exaltação de saúde** (implementados conscientemente com o propósito de melhorar o nível global de saúde; **comportamentos de manutenção** (prevenção e controlo das doenças e comportamentos de prejuízo de saúde) e **comportamentos prejudiciais à saúde** (como fumar, beber exageradamente, medicar-se sem acompanhamento médico entre outros).

No capítulo que se segue, e porque serão abordadas áreas comportamentais de vida que estão muito frequentemente inseridas em formas proverbiais, vamos abordar alguns determinantes específicos comportamentais, bem como descrever o seu impacto na saúde individual e colectiva.

De uma forma sucinta e descomprometida, esta será a primeira imagem, que nos dará a conhecer, como as mensagens dos provérbios afinal estiveram sempre aptando rotas atitudinais e comportamentais salutogénicas, no sentido de escaparmos à morbilidade patológica, seja como causa ou como consequência.

1.5.1 Alimentação

***“Para longa vida, regra e medida no beber
e na comida”***

Relativamente à alimentação já Hipócrates dizia que “tudo o que se ingere, tal como o que se faz ou deixa de fazer causa alguma reacção.

Cientificamente, a alimentação define-se como o processo através do qual obtemos e assimilamos os nutrientes, compostos químicos que nos são essenciais para assegurar as funções vitais do nosso corpo. São funções indispensáveis à vida, como o crescimento, o desenvolvimento ou a reprodução.

A alimentação, segundo a DGS (2004), entre muitas outras funções:

- Assegura a sobrevivência do ser humano;
- Fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo;
- Contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental;
- Desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças;

- Contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Para além de uma necessidade fundamental, a alimentação é um dos factores do ambiente que mais afectam a saúde. Já não basta ter acesso a bens alimentares. É necessário "saber comer" - saber escolher os alimentos de forma e em quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo de diferentes fases da vida.

Ter uma alimentação saudável implica o respeito pelo equilíbrio, variedade, quantidade, qualidade. Sendo que a qualidade se refere a um produto natural, em bom estado de conservação, não contaminado por microrganismos que possam ser prejudiciais ao homem (Mota e cols, 2006). O saber comer inclui a ingestão de alimentos de todos os grupos da nova roda dos alimentos. A roda dos alimentos é composta por sete grupos de alimentos de diferentes dimensões os quais indicam a proporção de peso com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária. Assim:

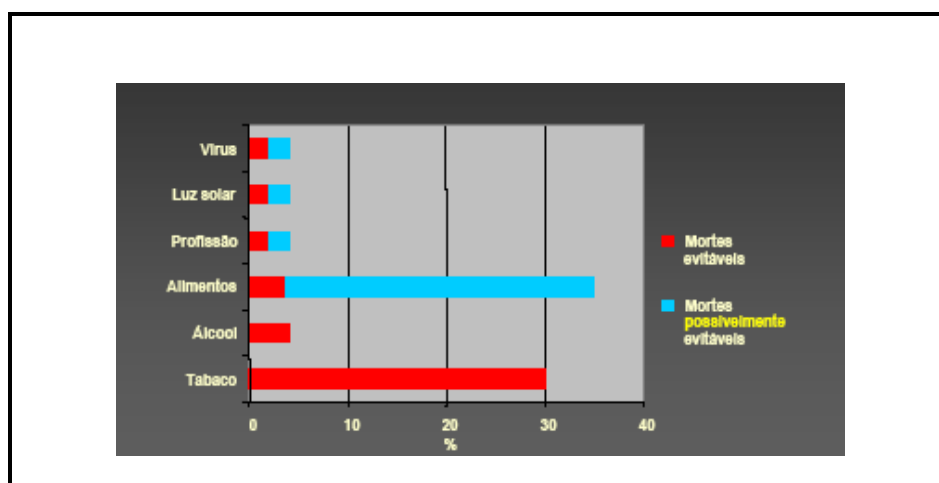
- Cereais derivados e tubérculos 28%
- Hortícolas 23%
- Frutas 20%
- Lacticínios 18%
- Carne, pescado e ovos 5%
- Leguminosas 4%
- Gorduras e óleos 2%

A nova roda dos alimentos contempla ainda ao centro a água, pois não tendo um grupo próprio ela está representada em todos eles. Sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância e as necessidades varia de 1,5 - 3litros/dia DGS (2008).

O comportamento alimentar é um dos comportamentos que faz parte do dia a dia das pessoas são e associado à nutrição são "o terceiro tipo de comportamentos que são referenciados especificamente, tanto como factores de risco para inúmeras doenças, como na área da Promoção da Saúde" (Ribeiro,1998:p.128).

O quadro que se segue, mostra como as doenças associadas a alguns factores de risco comportamentais podem ser totalmente ou possivelmente evitáveis. No que concerne à alimentação embora uma pequena parte da ocorrência da doença seja totalmente evitável uma grande percentagem apresenta-se como possivelmente evitável.

Quadro 4 - Distribuição das mortes (evitáveis e possivelmente evitáveis) segundo alguns determinantes da saúde



Fonte: Sociedade Portuguesa de Pneumologia

Se, por um lado muitos dos nossos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida, por outro, uma alimentação saudável durante a infância é essencial para um normal desenvolvimento e crescimento, bem como na prevenção de problemas de saúde ligados à alimentação (Candeias e cols, 2005), sendo que estes autores referem que ter hábitos saudáveis não significa fazer uma alimentação restritiva e monótona. A variedade é fundamental. Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes o que potencialmente enriquece o dia alimentar de cada pessoa.

É conhecido também o efeito estimulante ou indutor do sono de vários alimentos, bem como comportamentos alimentares que vão condicionar o repouso da pessoa.

Matos (2008)¹⁰, afirma mesmo, que um factor responsável por distúrbios do sono é fazer uma refeição pesada ao jantar, o qual é motivo suficiente para não ingerir grandes quantidades de alimentos, condimentos e alimentos com alto teor de gordura. Além de facilitar a digestão e favorecer o sono, evita que as calorias sejam armazenadas sob a forma inestética. Adverte no entanto que não é boa ideia ir para a cama com fome e com o estômago vazio. O ideal será fazer a última refeição cerca de duas horas antes de dormir, se o alimento for sólido, ou uma hora antes se o alimento for líquido. A ingestão nocturna de alimentos que contêm triptofano (aminoácido que se encontra em alimentos como a carne de vaca, aves, marisco, ovos, leguminosas, soja, queijo e leite), integrados numa

¹⁰Clara Matos é Secretária geral da direcção da Associação Portuguesa dos Nutricionistas e nutricionista do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

refeição rica em hidratos de carbono complexos, contribui para aumentar os níveis de serotonina e melatonina, substâncias indutoras do sono.

Quando se trata de bebidas alcoólicas, a referida autora relembra que contrariamente ao que muita gente pensa, do seu efeito relaxante ou sedativo, elas podem interferir nos padrões normais do sono. Um bom truque para dormir bem é a velha receita de um copo de leite morno antes de ir para a cama. Se o acompanhar com uma fatia de pão ou uma tosta, dormiremos mais tempo e melhor.

Ao optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não temos que abdicar dos menos saudáveis de que tanto se gosta. O importante é que o consumo desses alimentos constitua a exceção e não a regra. Além de referirem a importância de todos os nutrientes na alimentação estes autores salientam o papel dos legumes e frutos tão ricos em fibras para o bom funcionamento gastrointestinal (DGS, 2004).

Não menos importante, além do que foi referido em termos alimentares, é a forma como são confeccionados os alimentos, Mota e cols (2006) fazem referência aos seguintes aspectos de contribuir para uma culinária saudável:

- A melhor forma de cozinhar os alimentos é aquela em que se evitam gorduras;
- A cozedura em água e vapor, os grelhados, os assados sem gordura, os estufados são boas opções;
- O azeite (que abordamos mais à frente) é a melhor gordura para cozinhar, mas também podem ser usados outros óleos vegetais;
- As sopas e os legumes são um ótimo alimento, que deve fazer parte da alimentação diária;
- A preparação das carnes antes de cozinhar deve ser cuidadosa, retirando-lhe todas as gorduras visíveis e a pele;
- O bom paladar dos alimentos pode e deve ser realçado com ervas aromáticas as especiarias, em detrimento de sal;
- A fruta é a sobremesa mais saudável;
- Atendendo a que a gordura da carne, na sua maioria saturada e rica em colesterol, deve optar-se por carnes magras, como as aves, cabrito e caça.

Cada vez mais, deixa de fazer sentido o provérbio! “*gordura é formosura*”. Quando os hábitos alimentares não são saudáveis surgem problemas nutricionais como a desnutrição e a obesidade. A própria imagem ideal de beleza modificou-se e está mais associada ao esbelto – no sentido de desenvolvimento muscular - e não à gordura e cada vez menos faz menos sentido o velho ditado “*gordura é formosura*”. Por outro lado, a obesidade é um importante problema de Saúde Pública e uma doença crónica, com génese

multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (DGS, 2004).

A OMS define obesidade como o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. Este excesso resulta de sucessivos balanços energéticos positivos em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta. É considerada uma doença nutricional mais prevalente do século XXI.

A preocupação com estes problemas vai além fronteiras, e os estados membros da União Europeia, elaboraram uma carta em que se reconhece que a obesidade é um problema global e que representa um dos mais graves desafios para a saúde europeia da OMS. No seu ponto 1.1 diz “A prevalência da obesidade aumentou para o triplo nos últimos vinte anos. Metade da população adulta e uma criança em cada cinco na região Europeia sofre de peso excessivo...o peso excessivo e a obesidade contribuem para uma grande porção de doenças não contagiosas, diminuindo a esperança de vida resultando numa deterioração da qualidade de vida”.

Considerando a obesidade como a epidemia do século XXI, a DGS (2007) defende que:

- Portugal é um dos países Europeus com maior prevalência de obesidade (32% de crianças entre os 7 e 9 anos com excesso de peso, dos quais 11% considerados obesos)
- A obesidade com base no consumo e gasto energético pode classificar-se em obesidade por hiperfagia (ingestão de alimentos muito calóricos e em grandes quantidades); obesidade por baixo ou insuficiente consumo energético (vida sedentária, menopausa, pois nesta fase a taxa metabólica da mulher diminui, não necessitando do mesmo valor energético para manter o peso); obesidade hipercelular (Aumento do número de células adiposa, presente na infância) e obesidade hipertrófica (aumento do volume por acumulação intra-celular de lípidos, mais presente no adulto e idoso)
- Esta epidemia pode prevenir-se e é reversível, mas para isso também aconselha entre outros, a restrição de alimentos hiper - energéticos, dar preferência ao consumo do azeite, restrição do álcool e refrigerantes, o incremento da actividade física, reforçando que ninguém é demasiado idoso para iniciar actividade física ou qualquer outro exercício.
- Não é o açúcar, aquele que mais engorda, mas sim as gorduras, já que um grama de gorduras tem 9 calorias e um grama de hidratos de carbono tem apenas 4 calorias. Por outro lado a maioria dos alimentos que engordam são os mais apetecíveis ao paladar e contêm muitas gorduras e açúcares como é o caso de folhados, gelados e muitos tipos de bolos, em que açúcares de absorção rápida e gorduras saturadas estão associados.

- Os riscos para a saúde, mesmo com um pequeno aumento de peso dos indivíduos, e não apenas, e não apenas naqueles excessivamente obesos.
- Além duma panóplia de implicações a nível de vários sistemas, a obesidade e o excesso de peso, estão na génese de muitos processos mórbidos que determinam por si só uma mortalidade precoce. Quando associados a doenças crónico - degenerativas determinam custos elevados para a saúde, reduzindo a produtividade, afectam a qualidade de vida e causam milhões de mortes no continente Europeu.
- Abordar a obesidade a nível individual não resulta, é necessária a colaboração de outros ministérios (Ciência, Tecnologia, Ensino Superior, Agricultura e desenvolvimento rural, Economia e Desporto, Ambiente e desenvolvimento regional).

Em conclusão, pode e deve haver um equilíbrio harmónico na nossa vida que permeabilize o sentimento de gozo pela vida – e pela alimentação naturalmente – em respeito pela homeorésia a que o corpo está sucessivamente atento para dar resposta. O que de entre estes conselhos não pode esquecer-se é que deve ser respeitado o cálculo de IMC (índice de Massa Corporal), sem mesmo assim deixar de estar atento aos respectivos percentuais de IMM (Índice de Massa Magra) e IMG (Índice de Massa Gorda). Esta questão é pertinente, tendo em conta o nível estatuto-ponderal, a cultura, e a própria estrutura individual do sujeito e respectiva ontogenia.

Azeite

“Azeite e vinho Bálsamo divino”

O azeite é um sumo de fruta 100 % natural, que conserva o sabor, aroma, vitaminas, antioxidantes e todas as propriedades da azeitona. Na sua constituição, predominam os ácidos gordos monoinsaturados (70%) é uma excelente gordura para todos os cozinhados e temperos, tendo ainda a propriedade de resistir bem às altas temperaturas (Mota e cols, 2006).

O azeite é um dos alimentos que nunca deve faltar na nossa dieta, tem a propriedade de reduzir os níveis de LDL (mau colesterol) ao mesmo tempo que eleva os níveis de HDL (bom colesterol), estimula a secreção de insulina fazendo baixar os níveis de açúcar, melhora a capacidade de absorção intestinal, diminui a acidez gástrica e comprovadamente diminui o risco de doenças oncológicas e cardiovasculares (Núcleo de Doenças de Comportamento Alimentar, 2001). O azeite é um nutriente importante na *dieta mediterrânea*.

nica. Esta expressão resultou de um estudo efectuado pela comunidade científica de hábitos alimentares de diferentes populações da bacia do mediterrâneo, cujos resultados foram que onde a alimentação era rica em azeite, a incidência de doenças cardiovasculares era inferior nos povos mediterrâneos que nos países da América do Norte e Europa Central.

O Núcleo de Doenças de Comportamento Alimentar realça ainda refere ainda que os países onde a dieta é tradicionalmente rica em gorduras vegetais como o azeite, registam muito menor incidência de enfarte do miocárdio que país como os Estados Unidos, Finlândia e Holanda, onde o consumo de gorduras saturadas é alto, regista-se uma grande incidência desta doença coronária.

Fruta

“Uva sim, vinho não”

É de facto inegável o valor das frutas na alimentação diária. Cunha (2008) diz-nos que as frutas quando ingeridas adequadamente, fornecem as vitaminas todas que o nosso organismo necessita, sendo os mais perfeitos e leves alimentos.

Além desta vantagem, considera que para serem digeridos consomem o mínimo de energia sendo que o retorno é o máximo possível. Acrescenta no entanto que a grande maioria das pessoas não as sabem comer de forma adequada. Por exemplo defende que se devem comer com o estômago vazio, pois elas não são absorvidas no estômago, e se este tiver alimentos, não passam logo para o intestino onde são absorvidas, ficam aí retidas e iniciam um processo de fermentação que causa algum desconforto, nomeadamente azia.

A fruta, tal como os vegetais, vinho tinto, chá, o selénio (em abundância no peixe e mariscos) são uma fonte natural de antioxidantes. Embora o nosso organismo tenha capacidade de se defender contra as reacções de oxidação, o consumo de frutas é uma mais-valia. Isto porque a formação de radicais livres resultantes de reacções químicas, potencialmente nocivos tem responsabilidades em processos de envelhecimento, neoplasias e aterosclerose (Mota e cols, 2006). Mais se acrescenta que a OMS recomenda o consumo de oleaginosas – nozes, avelãs, amêndoas – num total de pelo menos 28 gr por dia, pelo seu contributo em anti-oxidantes protectores da patologia cardio-vascular.

Os frutos secos ainda contêm 80% de gordura mas são consideradas um alimento denso em nutrientes. O que faz com que do ponto de vista nutricional, sejam alimentos saudá-

veis. Relativamente à noz, o guia de nutrição saudável, no que concerne aos ácidos gordos (ômega 3) como se pode verificar no quadro que se segue classifica-o como excelente.

Quadro 5 - Distribuição do valor nutricional da noz

25 GRS / 162.90 CALORIAS				
NUTRIENTES	QUANT.	DDR (%)	DENSIDADE DO NUTRIENTE	CLASSIFICAÇÃO
Ácidos gordos (omega 3)	2.27 g	94.6	10.4	excelente
Manganésio	0.85 mg	42.5	4.7	muito bom
Cobre	0.40 mg	20.0	2.2	bom
Triptofanos	0.05 g	15.6	1.7	bom

Fonte: Guia de Nutrição (2008), Alimentação Saudável HOJE, in:
<http://www.alimentacaosaudavel.org/noz.html>

Também a amêndoa, e segundo o mesmo guia de nutrição é considerado como muito bom relativamente à quantidade de magnésio e vitamina E- e densidade de nutrientes como um alimento muito bom.

Quadro 6 - Distribuição do valor nutricional da Amêndoa

34.50 GRS / 205.83 CALORIAS				
NUTRIENTES	QUANT.	DDR (%)	DENSIDADE DO NUTRIENTE	CLASS.
Manganésio	0.90 mg	45.0	3.9	muito bom
Vitamina E	8.97 mg	44.9	3.9	muito bom
Magnésio	98.67 mg	24.7	2.2	bom
Triptofanos	0.07 g	21.9	1.9	bom
Cobre	0.40 mg	20.0	1.7	bom
Vitamina B2 (riboflavina)	0.30 mg	17.6	1.5	bom
Fósforo	168.70 mg	16.9	1.5	bom

Fonte: Guia de Nutrição (2008) Alimentação Saudável HOJE in:
<http://www.alimentacaosaudavel.org/amendoa.html>

Sal

“Comida sem sal, a doentes não faz mal”

Há referência da importância do sal, milénios antes de Cristo, na preservação de alimentos nomeadamente carne, peixe e azeitonas. O valor o sal era de tal modo reconhecido pelas civilizações que chegou a ser uma unidade monetária, reconhecendo-se o seu nome na raiz etimológica da palavra “salário” (Candeias e cols, 2005).

Do ponto de vista fisiológico, o equilíbrio hidro-electrolítico, é feito à custa da pressão oncótica – através das proteínas plasmáticas, nomeadamente a albumina – e da pressão osmótica - através dos iões sódio e potássio, entre outros – pelo que o sal tem uma importância relevante para a manutenção do equilíbrio hídrico, da TA e da capacidade funcional vascular em geral, porém, com conta, peso e medida. Os valores de sódio normal para o humano, considera a OMS, uma ingestão média de 5 grs / dia, todavia, o sentido de gosto e de prazer relativamente à comida, tende frequentemente a ultrapassar os valores fisiológicos recomendados, e não raro, os espaços de restauração, oferecem à mesa a possibilidade de adicionar sal à comida já confeccionada, o que resulta num aumento substancial, com consequências mórbidas para o organismo.

Na actualidade não lhe é reconhecido tanto valor como nos séculos anteriores, pois que há evidências científicas em como o seu consumo de uma forma não controlada, está na base de hipertensão arterial considerada um grande problema de saúde pública. Candeias e cols (2005), também reconhecem que o sal, constituído por dois minerais essenciais ao normal e saudável funcionamento do organismo (sódio e o cloro), mas as consequências do consumo excessivo, particularmente do sódio são inúmeras, daí que é essencial fazer um uso parcimonioso deste tempero. Apontam ainda, além da hipertensão arterial, as seguintes consequências do consumo excessivo de sal:

- Aumento do aparecimento de determinados tipos de cancro, nomeadamente do estômago;
- Risco aumentado das doenças cardiovasculares;
- Sobrecarga do funcionamento renal;
- Maior retenção de líquidos pelo organismo, o que contribui para o aumento de peso e aparecimento da celulite.

Pelo exposto, defendem que o consumo diário não deve exceder os 5 gramas tal como aconselhava o relatório da OMS já em 2003.

Em síntese: Para facilitar a escolha dos alimentos, existem directrizes, como a Roda dos Alimentos, que têm como principal objectivo, educar o grande público e ajudar a seguir uma prática nutricional saudável.

Os alimentos encontram-se divididos em cinco grupos, cada um formado por alimentos de constituição semelhante.

Comer bem não significa comer muito, significa comer de forma inteligente e saudável. Nesse sentido, a selecção dos alimentos a figurar na nossa alimentação diária deve ser feita a partir de uma grande variedade de alimentos. Atendendo que todos os nutrientes são importantes no bom funcionamento do organismo, devendo ingeri-los em quantidades adequadas, mantendo a variedade e qualidade, parece que cada vez mais fazem sentido os provérbios: “ Come para viver e não vivas para comer”, ou “um bom alimento faz o jovem velho”.

1.5.2 Água

“Só percebemos o valor da água depois que a fonte se seca”

A água é um recurso natural cada vez mais escasso e indispensável para a vida, bem como para a maioria das actividades económicas desempenhadas pelo homem.

Tendo em conta a importância que é atribuída a este recurso, destacamos o que refere a Declaração de Dublin (1992), onde no princípio nº16, se refere que “a água tem um valor económico em todos os seus usos, devendo ser reconhecido como um bem económico”. O Inag (Instituto Nacional da Água) salienta que o conceito de bem económico está baseado no princípio da escassez de um recurso que ocorre quando este recurso não tem quantidade suficiente para satisfazer a totalidade da procura. Neste sentido a água tem um valor económico, tem um valor para o utilizador, que corresponde ao valor que este, está disposto a pagar por esse bem.

Na teoria económica clássica, para os bens correntes no mercado livre, os custos são crescentes com a quantidade produzida e os benefícios são decrescentes, podendo ser medida através dos custos e dos benefícios marginais e os preços mais adequados são obtidos pela intersecção da oferta e da procura. No caso do produto água a situação difere em virtude das características específica da água dado que esta:

- É um bem insubstituível e imprescindível para a maioria dos usos
- Não pode ser apropriada em regime de exclusividade por um determinado utilizador
- A natureza como produtor exclusivo de água na origem, não se comporta como um agente

- Nalguns casos, os serviços de água serem prestados num regime que se assemelha a um monopólio (Inag, 2004).

O volume de água no organismo varia em função da idade e é responsável pelo transporte de substâncias, metabólitos, elementos celulares bem como a regulação da temperatura (Gil e cols, 1988). Através da membrana celular existe um intercâmbio de líquidos em que se verificam perdas de água pelos pulmões, pele e intestino na ordem dos 600 a 1400ml/dia, pelo que é necessário ingerir cerca de 2000ml/dia para compensar. Segundo os autores citados, o intercâmbio fisiológico entre os seres vivos e o meio ambiente constitui o principal factor de risco de inúmeras intoxicações e toxinfecções quando se produzem contaminações físicas, químicas e biológicas da água.

O homem ao alterar a dinâmica dos cursos naturais, provoca acumulação de resíduos em lugares específicos e conseqüentemente favorece a contaminação. Existem vários tipos de contaminantes:

- Substâncias biodegradáveis
- Substâncias não biodegradáveis
- Substâncias químicas inorgânicas e minerais
- Agentes patogénicos
- Calor e radioactividade
- Sedimentos

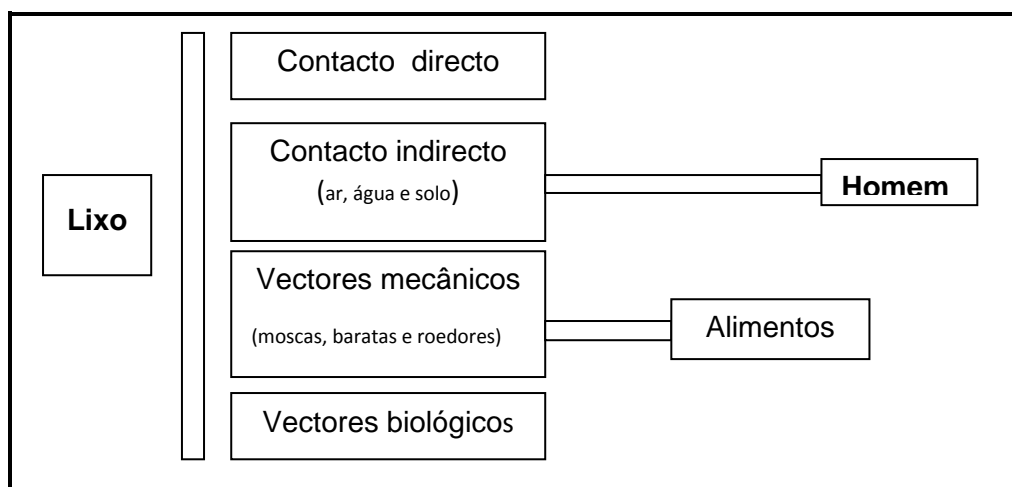
A contaminação biológica produz-se geralmente a partir de águas residuais por excrementos do homem ou animais (Gil e cols, 1988). Neste contexto a água contaminada pode ser veículo directo ou indirecto de microrganismos para indivíduos susceptíveis.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2006) afirmava que cerca de 1,2 bilhão de pessoas vive sem acesso a água potável em todo mundo e que 2,5 biliões não têm acesso ao saneamento do meio.

Independentemente da imprescindibilidade da água para ingerir para o normal funcionamento do organismo, ela assume especial importância também para satisfazer uma outra necessidade: Higiene e conforto das populações.

O esquema que se segue dá-nos a ideia do mecanismo de transmissão de doenças através da água, vectores biológicos mecânicos, lixo e alimentos.

Quadro 7 - Vias de contacto causadoras de doenças no Homem



Doenças fatais como diarreia, cólera, febre tifóide, entre outras transmitidas por seres vivos nocivos ao homem através da utilização da água contaminada. Uma forma de controlar os microrganismos e prevenir doenças e como podemos verificar no quadro que se segue é a fervura. Pode verificar-se ainda, que o mecanismo de acção desta é por desnaturação de proteínas. A valorização da água como um recurso indispensável à vida, é claro no provérbio “Só percebemos o valor da água depois que a fonte se seca”.

Actualmente e sobretudo na época de Verão, é com frequência que somos confrontados com o alerta de instituições responsáveis pela gestão da água, nomeadamente autarquias e apelarem a população em geral para fazerem uso deste recurso com parcimónia.

De acordo com a mesma fonte, corroborado pela DGS (2005) a desinfecção por fervura, é uma maneira muito eficaz para destruir praticamente todos os organismos imediata ou potencialmente patogénicos, para o homem, sejam bactérias sob a forma vegetativa e esporolada, ou parasitas. Para tal deve-se proceder-se à fervura durante cinco minutos, contados a partir do momento em que atinge o ponto de ebulição, o qual só é atingido quando a superfície da água se agita violentamente e são expelidas bolhas gasosas.

O quadro 8, evidencia os diferentes métodos que podem ser utilizados para matar/neutralizar os microorganismos de forma a não se tornarem patogénicos.

Quadro 8 - Controlo dos microrganismos por meios físicos

Tabela 1.1 - Controlo dos microrganismos por métodos físicos.			
Método	Mecanismo de acção	Uso preferencial	Comentários
Calor húmido			
Fervura	Desnaturação de proteínas	Método de uso comum	Destrói bactérias, muitos vírus, fungos e esporos; alguns esporos bacterianos e vários vírus não são destruídos
Autoclave	Desnaturação de proteínas	Meios de cultura, soluções, materiais e instrumentos resistentes a temperatura e pressão elevadas	Método eficaz de esterilização
Pasteurização	Desnaturação de proteínas	Indústria alimentar, na produção de produtos lácteos, bebidas e conservas	Destrói bactérias; dependendo da temperatura e do tempo de exposição pode esterilizar

Fonte: DGS (2005). Seca : medidas de actuação e recomendações à população, circular informativa nº 16, Divisão de saúde ambiental, DGS, Lisboa

1.5.3 Consumo de vinho / álcool

“Se bebes demais tropeças e caís”

A ligação histórica do homem ao vinho/álcool é uma realidade. Nem sempre é referenciado pelas melhores razões, no entanto encontra-se alguns efeitos benéficos da acção do vinho sobre o indivíduo.

São vários os provérbios que falam do vinho como um bom complemento alimentar, e portadores de propriedade terapêuticas tais como “Caracóis picantes, vinho abundante”; “Depois de um arroz, peixe e toucinho bebe-se um bom vinho” e “O vinho alegra o olho, limpa o dente e cura o ventre”. A pesquisa científica actual – e como no próximo capítulo se apresentará – vem progressivamente reconhecer as suas propriedades fitoquímicas, nomeadamente a sua riqueza em reveratróis – para o vinho tinto - o substrato de ferro –

para o vinho branco – que são importantes: o primeiro pela sua acção fortemente antioxidante e o segundo pelo contributo de acção anti-anémica. Todavia deve ser tomado com alguma parcimónia, e considerá-lo como um sub-produto, que em excesso é danoso a curto, médio e longo prazo. Tendo em conta o seu teor alcoólico, o vinho deve ser alvo de cuidados, quer em populações infantis e especialmente durante a gravidez pois o álcool pela possibilidade de ultrapassar a barreira placentária e causar mal formações fetais tais como o síndrome fetal alcoólico.

A história demonstra que uma vez o álcool introduzido numa civilização, fica incorporado com grande facilidade nos padrões socioculturais. Um exemplo disso é a área mediterrânica (Cristãos) onde o álcool é muito usado pela população. A contrastar esta prática salientamos os países de religião muçulmana onde o seu uso está expressamente proibido pelo Corão.

O grego Hipócrates (cerca de 450 a.C.), tido como o pai da medicina sistematizada, recomendava o vinho como desinfectante, medicamento, um veículo para outras drogas e parte de uma dieta saudável. Para ele, cada tipo de vinho teria uma diferente função medicinal.

Avicena (século XI, DC), talvez o mais famoso médico do mundo árabe antigo, reconhecia a importância do vinho como forma de cura, embora seu emprego fosse limitado por questões religiosas. (Penna & Hecktheuer, 2004).

O uso medicinal do vinho continuou por toda a Idade Média, sendo divulgado principalmente por mosteiros, hospitais e universidades. A partir do final do século XIX, a visão do vinho como medicamento começou a mudar. O alcoolismo foi definido como doença e os malefícios de seu consumo indiscriminado começaram a ser estudados. Nas décadas de 70 e 80, o consumo de álcool foi fortemente atacado por campanhas de saúde pública exaltando as complicações de seu uso em excesso. Entretanto, várias pesquisas científicas bem conduzidas têm demonstrado que, consumido com moderação, o vinho traz vários benefícios à saúde Andrade de Paula (2005).

Os efeitos negativos sobre o comportamento do indivíduo são actualmente referenciados e o seu consumo é considerado um grave problema de saúde pública. Os seus efeitos negativos são expansivos à família e ao local de trabalho como veremos mais à frente. A DGS (2008) é peremptória ao afirmar que as bebidas alcoólicas por definição contêm álcool etílico ou etanol e que o seu consumo é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes, no entanto bebido com moderação e acompanhar as refeições os adultos podem consumi-lo sem risco.

Do ponto de vista farmacológico, o álcool é uma droga depressora do Sistema Nervoso Central, e como tal causa dependência física, psíquica e síndrome de abstinência (Gil & cols, 1988). Além da depressão do sistema nervoso central, são conhecidas muitas patologias associadas ao álcool.

A importância do vinho e do pão aparece em referências na liturgia católica, em que mediante a consagração se convertem em alimento espiritual (corpo e sangue de Cristo). Ainda hoje na celebração da Missa, para os católicos, é utilizado.

Efeitos positivos

“Um copo de vinho por dia, mantém o médico à distância”

São várias as referências ao vinho que quando bebido em quantidades moderadas é considerado bom para a saúde. Já Sêneca dizia *“A embriaguez não cria defeitos apenas os põe em evidência”*.

"Nem muito e nem muito pouco" parece ser o princípio para se realçar os efeitos benéficos do vinho sobre a saúde. Entretanto, as autoridades de saúde de vários países têm encontrado dificuldade em estipular o que pode ser considerado "consumo sensato" (Andrade, 2005). Esta autora acrescenta ainda que a presença de taninos, flavonóides, catequinas, resveratrol no vinho traz benefícios para a saúde, devido à sua acção anti-oxidante. Dos compostos fenólicos, o resveratrol é apontado como factor de protecção à saúde. Este efeito protector está associada ao consumo moderado de vinho e incidem sobre:

- Quimioprevenção de alguns tipos de cancro, doenças hepáticas e senilidade, (pela capacidade de bloquear reacções com radicais livres, que dão início ao processo de envelhecimento)
- Efeito neuroprotetor, pela diminuição do stress oxidativo das células neuronais
- Prevenção de doenças cardiovasculares, pelo facto das substâncias fenólicas impedirem a oxidação dos lípidos polinsaturados, serem capazes de agir sobre as placas de aterosclerose e inibir a formação de coágulos (Penna e Hecktheuer, 2004).

O autor referido, salienta ainda, as qualidades do vinho como complemento alimentar na medida em que tem carbo-hidratos, vitaminas e minerais provenientes da uva. Além da água, o vinho fornece glicose e frutose. Dos minerais é de destacar o potássio, cobre, flúor, zinco e magnésio, mesmo que em quantidades pequenas são indispensáveis ao

organismo. Os autores Penna e Hecktheuer, (2004). acrescentam que o vinho pode também ser ótimo estimulante do apetite quando bebido moderadamente, (Em quantidades exageradas em vez de funcionar como estimulante, actua como depressor do sistema nervoso central) e que é um bem delicioso, se acompanhado de bom senso ainda melhor. Nesta linha de pensamento, também Gambardela¹¹, afirma que “Há quatro boas razões em que é imprescindível abrir uma garrafa de vinho: a chegada de um amigo que se quer comemorar, a sede do momento que se quer saciar, a sede do futuro que se pretende evitar, ou qualquer momento não previsto nos anteriores...a publicação deste livro” (Abreu & cols , 2007:p.13)

Efeitos negativos

“Bebidas fortes, homens fracos”

São várias as referências dos efeitos nefastos sobre a saúde, no entanto limitamo-nos a apresentar aquelas a que se refere Mello, Barria e Breda (2001). Estes autores defendem que o consumo abusivo do álcool constitui no âmbito da saúde pública:

- Causa importante de perda de saúde contribuindo significativamente para a taxa de mortalidade
- Factor interveniente em mais de um em cada três acidentes
- É um elemento implicado em problemas de ordem pública, incluindo crimes e violência
- Factor importante na ruptura familiar e violência doméstica
- Factor de redução de produtividade
- Factor desencadeador de perda de saúde – a nível de vários órgãos e sistemas - e do aumento dos níveis de morbi – mortalidade. Quando associado ao uso de tabaco, benzodiazepinas, drogas e outros factores nomeadamente nutricionais, causa de consideráveis despesas, através das perdas de produtividade e custos com a saúde e bem-estar. Para os autores atrás citados, é evidente ainda o papel do álcool como de perda de aptidão da pessoa cujas repercussões vão da área das atitudes, percepção, motricidade, raciocínio, imaginação à criatividade e os quadros de embriagues podem apresentar formas distintas: **alucinatória** (visuais e auditivas, verdadeiro onirismo, agindo por vezes com violência), **delirante** (ideias de perseguição), **excitomotora** (excitação verbal e de movimentos).

¹¹ Gambardela é nutricionista e docente da Universidade de S. Paulo, e faz esta explicitação, no prefácio do livro “Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição”, como um modo de fazer uso do vinho.

O quadro 9 - Alterações comportamentais relacionadas com a alcoolémia progressiva

Concentração sanguínea de etanol	Alterações comportamentais
Menor que 0,5g/L	- Habitualmente não há alterações detectáveis. Pode haver ligeira incoordenação motora.
Entre 0,50 e 0,75g/L	-Efeito ansiolítico, sensação de relaxamento, ligeira mas evidente incoordenação motora.
Entre 0,75 e 1,0g/L	-Aumento da loquacidade
Entre 1,0 e 1,5g/L	-Alteração evidente no estado de ânimo e conduta. Perda de autocrítica. Ataxia.
Entre 1,5 e 2,0g/L	-Desinibição, agressividade. Alterações no curso do pensamento.
Acima de 3,0g/L	-Há um estado de estupor crescente, perda de equilíbrio, fala ininteligível e evolução até o coma.

Fonte: A saliva como espécime biológico para monitorar o uso de álcool, anfetamina, metanfetamina, cocaína e maconha por motoristas profissionais, Mauricio Yonamine (2004). Tese de Doutorado. S. Paulo

Os problemas ligados ao álcool são vastos e a criminalidade e a violência andam geralmente associados como se pode constatar no quadro 10.

Quadro 10 - Estudo da incidência do álcool na Criminalidade

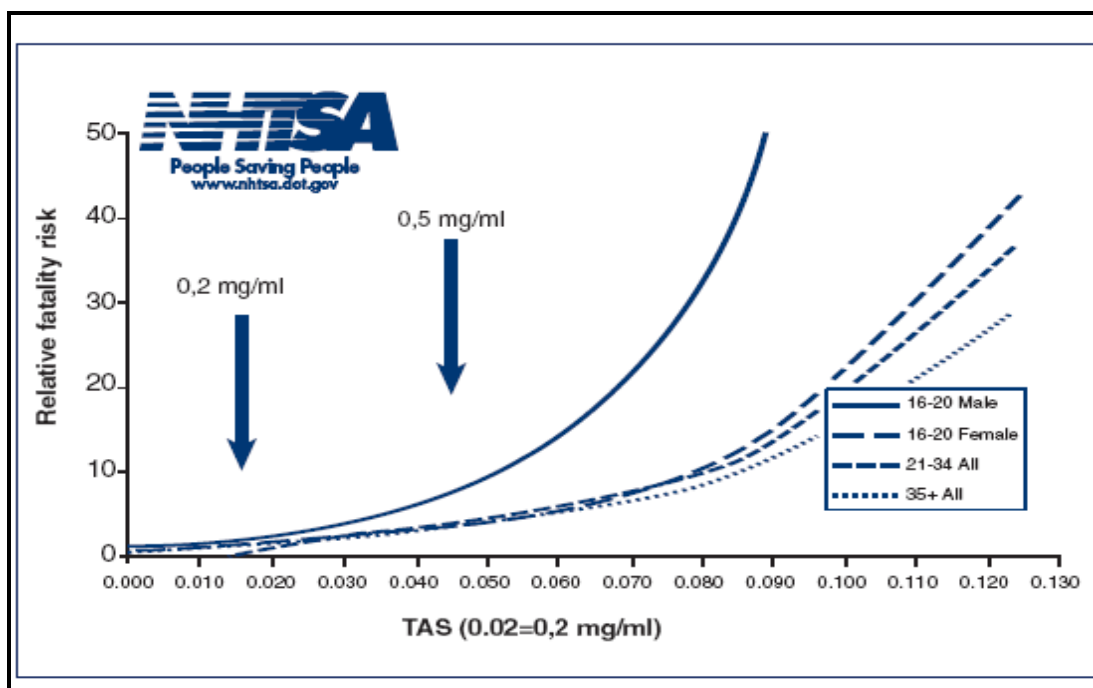
Tipo de Crime	População Criminal	Doentes Alcoólicos Envolvidos em Crimes
Violência	11%	43%
Acidentes com alcoolemia superior a 1,2gr	3%	38%
Furto	49%	7%

Adaptado de: O álcool e os Problemas ligados ao álcool em Portugal. (p. 40), Lucília Mello, José Barrias & João Breda (2001), Lisboa, DGS

Falar de consumo de bebidas alcoólicas e dos seus efeitos depende do tipo de bebida e da sua concentração e da quantidade ingerida. Além do risco de acidente de viação, existe o risco de violência (homicídios, roubos, violência sexual), quedas, sexo não seguro. Além disso, as células cerebrais podem ficar danificadas de forma irreversível. O risco de ter sexo não seguro (não previsto, sem protecção, com desconhecidos, sexo em grupo,

muitas vezes sem recordação no dia seguinte) aumenta 700%. (Marinho, 2008)¹². Este autor chama a atenção da complexidade que é o acto da condução implica a execução de múltiplas e sucessivas tarefas de forma contínua e continuada que se alteram muitas vezes de forma inesperada (travão, acelerador, embraiagem, volante, mudanças, espelho retrovisor, espelhos laterais, atenção à estrada, ao velocímetro, ao nível de gasolina, à sinalização, aos painéis publicitários, outros veículos, peões, além do rádio, cinzeiro, relógio, telemóvel, conversa com outros passageiros. Torna-se claro, que dada a complexidade deste acto que quando exercido sobre acção do álcool, onde a atenção, coordenação de reflexos, visão estão comprometidos o risco do acidente aumenta significativamente. Nesta linha de pensamento o autor referido afirma mesmo 90% dos acidentes rodoviários mortais são causados por erro humano, dos quais cerca de 40-50% associados ao excesso de álcool. O quadro que se segue mostra o aumento de risco relativo de acidente mortal quando se eleva a taxa de álcool de 0,2mg/ml para 0,5mg/ml.

Quadro 11 - Evolução do Risco Relativo de acidente mortal da elevação da taxa de alcoolemia



Fonte: Revista Portuguesa de Clínica Geral, p-297 ,Rui Marinho, (2008), Lisboa

Tal como foi já referido, em função de uma série de almerações óculo-motoras, controle dos movimentos e processamento de informação, o quadro seguinte é disso elucidativo.

¹² *Gastroenterologista e Hepatologista, Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital Santa Maria(Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE)
Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa, Instituto de Medicina Molecular.
Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (2007 -2009)*

A preocupação sobre o efeito do álcool agudiza-se se pensarmos que no nosso país é acitável por lei a condução até 0,5grs/ litro.

Quadro 12- Efeitos no organismo em função do aumento da alcoolémia

	Mg/ ml	
	0,8	Atenção
	0,7	Controlo da velocidade
Sentido Critico	0,6	Processamento de informação
	0,5	Perda de 30%da visão periférica
	0,4	Coordenação
	0,3	Movimentos oculares
Perturbação da audição	0,2	Perda 10% da visão periférica
Resposta às situações de emergência	0,1	Divisão da atenção, da função visual
	0,0	Sem Alterações
	TAS	

Fonte: Revista Portuguesa de Clínica Geral, p-297 ,Rui Marinho, (2008), Lisboa

Falé (2005) diz mesmo que quando falamos em bebidas alcoólicas com 10 e 40% de álcool, referimo-nos ao mesmo tipo de álcool etílico que se compra nas farmácias. Um uísque, que tem sensivelmente 40% de álcool, equivale a dizer que quase metade da sua composição é do mesmo material que usamos para desinfectar feridas.

Segundo este autor é importante referir alguns factos e mitos associados ao álcool e são eles:

Mito: O álcool é um medicamento.

Facto: O álcool é um depressor do sistema nervoso, podendo fazer as pessoas sentir-se bem numa primeira fase, mas, a longo prazo, fá-las-á sentirem-se mal. No entanto, para homens acima dos 40 e para mulheres em pós-menopausa, um a dois copos por dia poderão ser benéficos.

Mito: Se beber durante as refeições, os efeitos do álcool são menores.

Facto: Pode ser verdade em termos de alcoolemia, já que a absorção do álcool é mais lenta, mas as lesões orgânicas poderão existir na mesma se a ingestão de álcool for elevada

Mito: O consumo de café pode curar a ressaca.

Facto: O desaparecimento do álcool do sangue e do corpo depende exclusivamente do período de tempo, por isso, café, duche, ar fresco e outras coisas não resolvem o problema, aumentando a sobriedade.

Mito: O álcool é um alimento, facilita a digestão e abre o apetite.

Facto: O álcool não é um nutrimento porque produz calorias inúteis (vazias) para os músculos e não serve para o funcionamento das células. Contrariamente aos verdadeiros nutrientes, ele não ajuda na edificação, construção e reconstrução do organismo. O álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito mais rápidos e os alimentos passam para o intestino sem estarem devidamente digeridos, dando a sensação de estômago vazio. O resultado é a falta de apetite e o aparecimento de gastrites e úlceras.

Mito: O álcool aquece.

Facto: O álcool faz com que o sangue venha do interior do organismo até à superfície da pele, dando a sensação de calor, mas esta deslocação do sangue provoca uma perda de calor interno, prejudicando o funcionamento de todos os órgãos.

Mito: O álcool mata a sede.

Facto: A sensação de sede significa necessidade de água. Quando se toma uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina, aumentando assim a necessidade de água no organismo, logo, a sede.

Em conclusão:

Existe uma fronteira que não é visível entre consumidor normal, consumidor excessivo e consumidor com dependência, como tal e considerando que os problemas ligados ao consumo do álcool são fáceis de identificar parece pertinente reflectir sobre a problemática do álcool. Daqui surge então a necessidade de prevenir, tal como reconhecem Mello, Barrias e Breda (2001) na medida em que prevenir é sinónimo de antecipação (prever, antes de vir). Além das patologias que advêm do seu consumo não nos devemos esquecer que as implicações sociais económicas bem como o sofrimento são enormes. O Efeito neuroprotector, pela diminuição do stress oxidativo das células neuronais está cada vez mais na ordem do dia e estudos continuam a ser feitos para verificar essa propriedade.

Por último o consumo nocivo de álcool não só tem consequências para quem bebe, como também para os outros e para a sociedade em geral. Os padrões nocivos e perigosos de consumo de álcool têm consequências significativas em matéria de saúde pública, para além de também gerarem custos no sector dos cuidados de saúde, tendo por isso efeitos negativos no desenvolvimento económico e na sociedade em geral. A preocupação acresce se tivermos em conta que

O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral – Portugal 2007 (Balsa et al., 2008) abrangeu a população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e contabilizou uma amostra total de 15 000 indivíduos. Entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, especificamente, de 75,6% para 79,1%.

1.5.4 Exercício físico

“A parte do nosso corpo mais sã é aquela que mais se exercita”

O ser humano nasce para o e no movimento. A vida celular não é estática. Sem movimento não haveria vida. Blaise Pascal afirmava “A nossa natureza está no movimento, repouso absoluto é morte”. De facto, desde os primórdios a actividade física esteve sempre presente nas rotinas do ser humano. São exemplos disso as caçadas no homem das cavernas e as práticas desportivas dos Gregos na busca de um corpo perfeito. A relação entre a actividade física e o homem na sua prática diária tem diminuído gradualmente ao longo da nossa evolução (Porto, 2003). Também a relação da prática de exercício com a saúde é hoje mundialmente aceite. Já afirmava Hipócrates ***“Toda a parte do corpo se tornará sadia, bem desenvolvida e com envelhecimento lento se exercitada; no entanto, se não forem exercitadas, tais partes tornar-se-ão susceptíveis a doenças, deficientes no crescimento e envelhecerão precocemente”***.

Reforçando esta ideia, Porto, (2003) diz mesmo que comparando uma pessoa activa fisicamente de 60 anos com um inactivo da mesma idade, verifica-se que em termos de qualidade de vida, o indivíduo activo tem maior mobilidade, autonomia, mais força muscular bem como maior capacidade respiratória.

A necessidade da prática de exercício físico é hoje veiculada nos meios de comunicação social e as instituições de saúde (governamentais e não governamentais) evidenciam a importância do conceito de Promoção da Saúde com destaque nos hábitos saudáveis ao longo da vida. Apesar de toda esta divulgação existente, a população apresenta cada vez

mais problemas relacionados com a falta de exercício. A falta de tempo, ou a falta de condições para a sua prática, agravada pela economia de movimentos, contribui para o aumento da prevalência da obesidade, hoje um fenómeno à escala mundial (Porto, 2003). Esta ideia é corroborada por Canhota, (2006) quando afirma que o ambiente que nos rodeia é um convite à permanente inactividade na medida em que vivemos numa sociedade de botões e controle à distância, escadas rolantes, presos à televisão e ao computador. Como consequência desta forma de viver, as pessoas que não praticam regularmente exercício físico que de uma forma programada quer através da introdução de uma maior mobilidade nas actividades diárias, estão a criar um risco de doença cardíaca.

A D.GS (2007) estima que o sedentarismo seja causador de um milhão e 900 mil mortes a nível mundial. É também a causa de 10-16% do cancro da mama, cólon e recto, bem como de diabetes mellitus e de cerca de 22% da doença cardíaca isquémica.

O risco de se ter uma doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a actividade física.

Ao mesmo tempo que o número de indivíduos com excesso de peso e obesidade aumenta rapidamente, nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, também aumentam o excesso de peso e a obesidade na população mais jovem.

A actividade física é, juntamente com uma alimentação saudável e o sono, referenciada como a chave para o controlo do peso, do humor, da percepção de bem-estar subjectivo, e portanto do contributo para a noção de felicidade pessoal.

Isto assume especial interesse e particular importância se tivermos presente que O excesso de peso e a obesidade têm vindo a aumentar drasticamente em Portugal, afectando com especial relevo, cada vez mais crianças e adolescentes. Na origem desta situação parecem estar padrões de comportamento alimentar em que se destacam consumos cada vez maiores de energia e calorias, açúcares, gorduras e também de sal, a par com reduções no consumo de cereais completos e hortaliças (frutos incluídos). Por outro lado, os níveis de actividade física são muito reduzidos em determinados grupos, sendo Portugal um dos países com mais elevada prevalência de inactividade física da União Europeia. Esta tendência provoca aumento de doença e mortes prematuras traduzindo custos humanos elevados assim como enorme impacte económico (Breda, 2008). Este autor revela dados estáticos preocupantes, entre outros que os níveis de obesidade na União Europeia aumentaram entre 10-40% na última década. Particularmente, Portugal e outros países do Sul da Europa evidenciam valores de excesso de peso nas crianças entre os 7-11 anos que ultrapassam os 30%.

A actividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e evitar outras substâncias perigosas para a saúde. DGS (2007)

Vantagens da actividade física regular

- Reduz o risco de morte prematura;
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 1/3 de todas as causas de morte;
- Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo II;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afecta 1/5 da população adulta mundial;
- Ajuda a controlar o peso e diminuir o risco de se tornar obeso;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fractura do colo do fémur nas mulheres;
- Reduz o risco de desenvolver dores lombares, pode ajudar o tratamento de situações dolorosas, nomeadamente dores lombares e dores nos joelhos;
- Ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Promove o bem-estar psicológico, reduz o *stress*, ansiedade e depressão;
- Ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, toxicofiliias, alimentação não saudável e violência), especialmente em crianças e adolescentes.

Matos e cols (1998) salientam os benefícios psicológicos que o exercício físico traz ao ser humano: percepção do sentir-se bem; maior percepção de controlo pessoal; melhoria emocional e um período de actividade que possibilita um tempo de afastamento e distração face aos problemas do quotidiano.

Pese embora não esteja por este autor considerado, o Exercício Físico ajuda a conciliar o sono, e é um substancial contributo para o sentimento de bem estar subjectivo, facto essencial para o ser humano, quer a nível individual quer comunitário.

Em síntese: O exercício físico e o desporto como a arte de o indivíduo se movimentar, é cada vez mais uma actividade de máxima importância para a vida das pessoas. O desporto é uma prática saudável, um excelente meio de socialização e de educação.

A actividade física de acordo com a DGS (2008) é:

- **Para o indivíduo:** um forte meio de prevenção de doenças;
- **Para os governos:** um dos métodos com melhor custo-efectividade na Promoção da Saúde de uma população.

1.5.5 Sono e Repouso

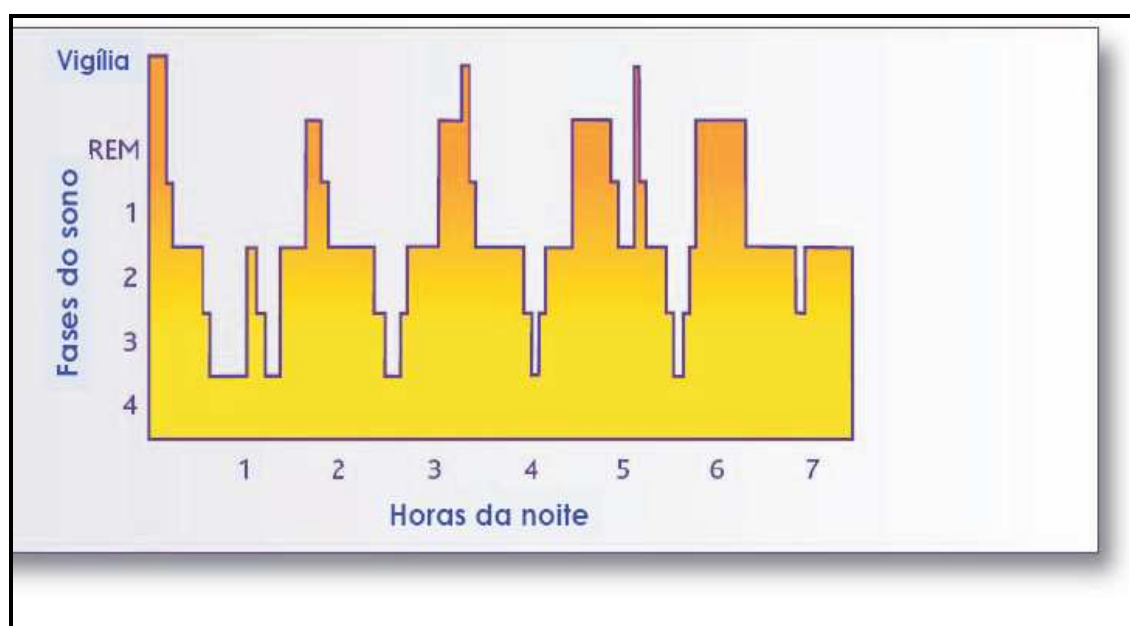
“Quem dorme descansado, dorme-lhe o cuidado”

O sono é uma necessidade básica como o comer e beber e como tal abordada. Há mesmo quem pense que o sono é uma perda de tempo. Já Shakespeare se referia ao sono como “o principal nutridor no banquete da vida”.

O sono tem para Paiva (2005) três tipos de funções:

A primeira função é de **recuperação somática**, de equilíbrio do organismo, o que chamamos de homeostase. Está relacionada com o crescimento e reparação dos tecidos, o equilíbrio imunológico e a produção de hormonas anabolizantes, que têm uma função positiva e importante. Uma outra função do sono é a **recuperação cognitiva**. Se uma pessoa estiver privada de dormir, pensa mal, o que provoca falta de memória, falhas, lapsos. O sono tem um efeito na recuperação cognitiva, a capacidade de pensar. Finalmente, uma função de **recuperação psicológica**, que é reorganizada ao nível das memórias e do próprio equilíbrio do eu, por efeito dos sonhos, que são algo de essencial.

Quadro 13 - Hipnograma do ciclo do sono de um adulto sem insónia



Fonte: Associação Portuguesa do Sono: Recupere o Ritmo do sono (2008), Lisboa: APS

Dormir não é apenas uma necessidade de descanso mental e físico: durante o sono ocorrem vários processos metabólicos que podem afectar o equilíbrio de todo o organismo a curto, médio e, mesmo, a longo prazo. Estudos provam que quem dorme menos do que o necessário tem menor vigor físico, envelhece mais precocemente, está mais propenso a infecções, à obesidade, à hipertensão e à diabetes (Cronfli, 2004).

Falar de sono implica uma outra função: a Vigília. A Vigilância é a capacidade de um organismo responder a diversas situações com comportamento apropriado em termos qualitativos. “O adormecer, o dormir, o acordar e o estar alerta seguem a curva da temperatura corporal, que quando está mais baixa aumenta a propensão para o sono e quando está mais alta aumenta a vigília” (Paiva 2008.p.140).

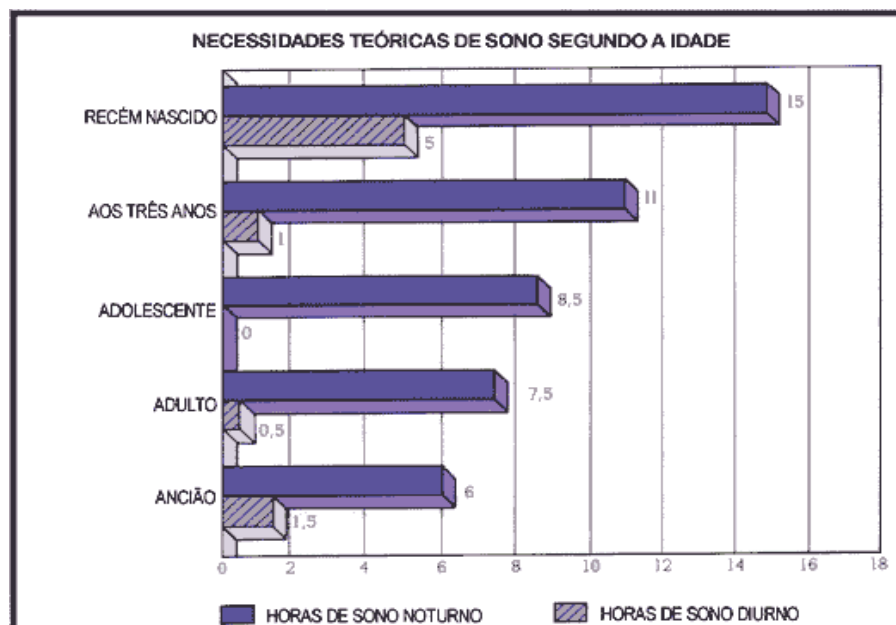
O nosso relógio biológico é regulado por substâncias químicas, muitas já identificadas. Uma delas é a melatonina, um hormônio considerado indutor do sono. A melatonina é produzida no cérebro, pela glândula pineal perante a falta de estímulo luminoso e dá respostas relacionadas com o humor, e alguns cientistas acreditam que seja responsável pela desaceleração do metabolismo do corpo, que ocorre antes de adormecermos. A secreção de melatonina diminui a temperatura corporal e o fluxo sanguíneo cerebral, e os músculos perdem aos poucos a tonicidade até ficarem flácidos.

As necessidades de horas de sono são individualizadas, variando a cada noite e sendo influenciadas por diversos factores que vão desde a idade até determinantes genéticas. À medida que envelhecemos, os hábitos e as necessidades de sono variam. A média é de 7 a 9 horas por noite, mas há quem precise de 10 horas. É errado pensar que uma noite mal dormida pode ser compensada mais tarde. É importante dormir o número de horas que precisamos e em horários minimamente fixos, tal como também é importante não praticar acções perturbadoras como o beber, fumar ou comer muito, adverte Paiva (2005). Esta autora, fazendo uma analogia de quem trabalha com o atleta de alta competição, afirma mesmo “ tal como o atleta de competição, quem tem de trabalhar muito precisa de cuidados redobrados no seu regime alimentar, nos hábitos de vida e nos hábitos de sono. O corpo é o nosso instrumento de trabalho, se o estragamos não conseguimos trabalhar” (Paiva, 2005,p.79).

Apesar de não se conhecerem todos os fenómenos envolvidos no sono do ser humano, e é indiscutível que dormir é indispensável e fundamental para a homeostase do organismo (Almeida, 2002). Antes de ir para a cama, é recomendável uma refeição muito leve (especialmente se alta em teor de hidratos de carbono), uma vez que parece ser promotora do início do sono, ao contrário de refeições abundantes, que se revelam contraproducentes ao início do sono.

As necessidades teóricas de sono diferem ao longo da vida, sendo que um recém-nascido dorme curtos períodos de sono, totalizando umas 18 horas por dia, como se pode constatar no quadro seguinte:

Quadro 14 - Distribuição das necessidades teóricas de sono segundo a idade



Fonte: Saúde em Movimento: Apnéia do sono - *Sono: este desconhecido...*

Ronaldo Almeida (2002), in: www.saudeemmovimento.com.br/.../grafico4.gif

A alimentação noturna está directamente relacionada com a qualidade das horas de descanso e desempenha um papel importante no equilíbrio energético (Fernandes, 2007). Este autor defende também, que ao longo do dia o metabolismo exige cada vez menos energia e como muitas pessoas não têm o hábito ou não conseguem fazer uma refeição equilibrada de manhã e no almoço, nem consomem porções leves de alimentos nos intervalos das principais refeições diurnas, procuram compensar o deficit nutricional à noite com um generoso jantar. Este hábito noturno pode levar a uma sobrecarga, num momento em que o metabolismo não está preparado para absorver um volume tão alto de nutrientes. Também o período noturno, durante o sono, o corpo é programado para funcionar em jejum, queimando a gordura como fonte energética. Como consequência, ocorre um aumento da produção de colesterol. À noite, o organismo também produz menos insulina, hormona que facilita a absorção de glicose pelas células. Os carboidratos ingeridos em demasia, acabam não sendo processados como glicose, pelo que se transformam em gordura, o que terá como consequência, maior acúmulo e portanto aumento de peso em massa gorda. Pelo exposto, comer em demasia muito próximo da hora de deitar, interfere no processo digestivo, actividade metabólica e consequentemente na qualidade do sono. É consensual que um copo de leite é uma boa opção na medida em que contém uma substância – o triptofano, que é indutora do sono. Se acompanhar o

leite com uma fatia de pão ou outra comida com hidratos de carbono, ainda melhor, na medida em que estes ajudam esta substância a ser absorvida e potenciam a sua acção.

Actualmente e na opinião de Paiva¹³ (2005) dorme-se menos cerca de hora e meia a menos por dia que no início do séc. XX. Esta realidade, traz consequências que são importantes valorizar, tal como: a Sonolência, a Fadiga e falta de Vigor, a Ansiedade e Irritabilidade, a Falta de concentração, a Confusão e Distorções da percepção e ainda as Alucinações (mais visuais em 80% dos casos). Esta opinião é corroborada por Cronfli¹⁴ (2004) ao afirmar que a falta de sono se pode reflectir a curto e a longo prazo:

Riscos provocados pela falta de sono a curto prazo: cansaço e sonolência durante o dia, irritabilidade, alterações repentinas de humor, perda da memória de fatos recentes, comprometimento da criatividade, redução da capacidade de planejar e executar, lentidão do raciocínio, desatenção e dificuldade de concentração.

Riscos provocados pela falta de sono a longo prazo: falta de vigor físico, envelhecimento precoce, diminuição do tónus muscular, comprometimento do sistema imunológico, tendência a desenvolver obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e gastrointestinais bem como perda crónica da memória.

Alguns estudos apontam para alterações dos estados do humor, afetos ou atitudes. Num estudo realizado por Smith-Coggins e *co/s* (1994), na Universidade de Stanford, com seis socorristas, analisando cinco tipos de estados subjetivos (sonolência, felicidade, tensão, clareza de pensamento e irritação), encontraram aumento da sonolência, diminuição da felicidade e da clareza do pensamento, nos médicos quando trabalhavam à noite. Esta problemática é agudizada também pelo aumento dos acidentes de trabalho nas pessoas que são escaladas por turnos. Na presença de trabalho por turnos as pessoas têm de recorrer ao sono diurno. O sono diurno, por sua vez, é afectado por várias condições sociais e familiares, o que pode ser analisado através do EEG, que mostra uma acentuada diminuição da fase 4 do sono de ondas lentas e múltiplos despertares de curta duração produzidos por ruídos de diversos tipos e também como resultado da dessincronização dos ritmos internos, particularmente os ritmos circadianos da temperatura central e do sono; o episódio de sono que ocorre durante a fase ascendente da curva da temperatura produz um sono curto com alterações significativas na fase REM, que apresenta uma diminuição quantitativa na duração dos seus episódios com o passar das horas de sono (Minors & Waterhouse, 1981).

¹³ Teresa Paiva é professora doutora da faculdade de medicina da Universidade de Lisboa e especialista do sono. É responsável pelo primeiro mestrado do sono a nível mundial.

¹⁴ Cronfli - médica formada pela Faculdade de Medicina da USP, especialista em Endocrinologia e Metabologia

A privação crónica de sono no entender de Paiva (2008), embora as pessoas não a notem, as suas ideias são pouco nítidas, mais imprecisas e difusas. A fundamentar esta opinião cita dois estudos, um de 2004 realizado na internet aos alunos da faculdade de Medicina em que mostrou que 52% tinham sonolência excessiva patológica e que o grupo que a sentia registava significativamente mais acidentes, maior irregularidade de refeições. Um outro idêntico realizado em 2006 a alunos do Instituto Superior Técnico que mostrou factos equivalentes, evidenciando “a relação directa entre a média de curso e a duração de sono. Os alunos com melhores notas dormiam significativamente mais horas” (p.217).

A longo prazo, a privação do sono pode comprometer seriamente a saúde, uma vez que para esta autora é durante o sono que são produzidos algumas hormonas que desempenham papéis vitais no funcionamento de nosso organismo. Por exemplo, o pico de produção da hormona do crescimento, a somatotrofina, (também conhecido como GH) ocorre durante a primeira fase do sono profundo, aproximadamente meia hora após uma pessoa dormir.

Entre outras funções, ele ajuda a manter o tônus muscular, evita o acúmulo de gordura, melhora o desempenho físico e combate a osteoporose.

A leptina, hormona capaz de controlar a sensação de saciedade, também é segregada durante o sono. Pessoas que permanecem acordadas por períodos superiores ao recomendado produzem menores quantidades de leptina. Resultado: o corpo sente necessidade de ingerir maiores quantidades de carboidratos. A falta de sono, inibe a produção de insulina (hormona que retira o açúcar do sangue) pelo pâncreas, além de elevar a quantidade de cortisol, fenómenos que em simbiose negativa, vão provocando aumentos substanciais de glicemia, o que tem efeito diabetogénico e envelhecedor das artérias, quer pelo efeito hiperosmolar desencadeado pela permanência da glicose e do colesterol na massa sanguínea, quer pelo trabalho metabólico dificultado.

Além do que já foi referido a propósito desta necessidade básica, a autora supra citada, acrescenta que a privação do sono constitui ainda um risco de hipertensão arterial, porque se assiste a um aumento matinal de cortisol. A possibilidade de engordar verifica-se também pois que a privação do sono reduz a produção de leptina (hormona que reduz o apetite) e aumenta a produção de orexina (hormona que estimula o apetite). Por outro lado “o jantar tardio coincide com a produção de grelina pelo estômago, que favorece a absorção de alimentos...tudo em conjunto leva a um aumento de peso, que por sua vez, acarreta riscos cardiovasculares” (Paiva, 2008,p.78).

Assim, e tendo em conta tudo o exposto, considera-se que talvez não seja verdadeiro que “o sono é a antecâmara da morte”, mas sim que seja mais a “antecâmara da vida”, já que promove a saúde e a homeostasia endócrino-metabólica e imunológica. E partindo destes pressupostos, resultará uma mais valia manter entre 7 a 8 horas de sono. Quanto ao provérbio “deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer”, parece fazer sentido pois apesar de o deitar cedo e cedo erguer não dever ser uma regra universal, é uma característica fisiológica e “acordar tarde pode ter importância negativa numa sociedade organizada por cotovias. Os horários de trabalho e os das escolas, começam todos muito cedo. Os mochos adaptam-se a isto com dificuldade, passando muitas vezes por preguiçosos” (Paiva, 2008,p.54).

Em síntese o sono tem uma higiene própria que não pode ser descurada. Esta enquadra-se na higiene da vida. A sua privação isoladamente ou associada a outros hábitos nefastos interfere negativamente sobre a saúde do indivíduo.

1.5.6 Consumo de tabaco

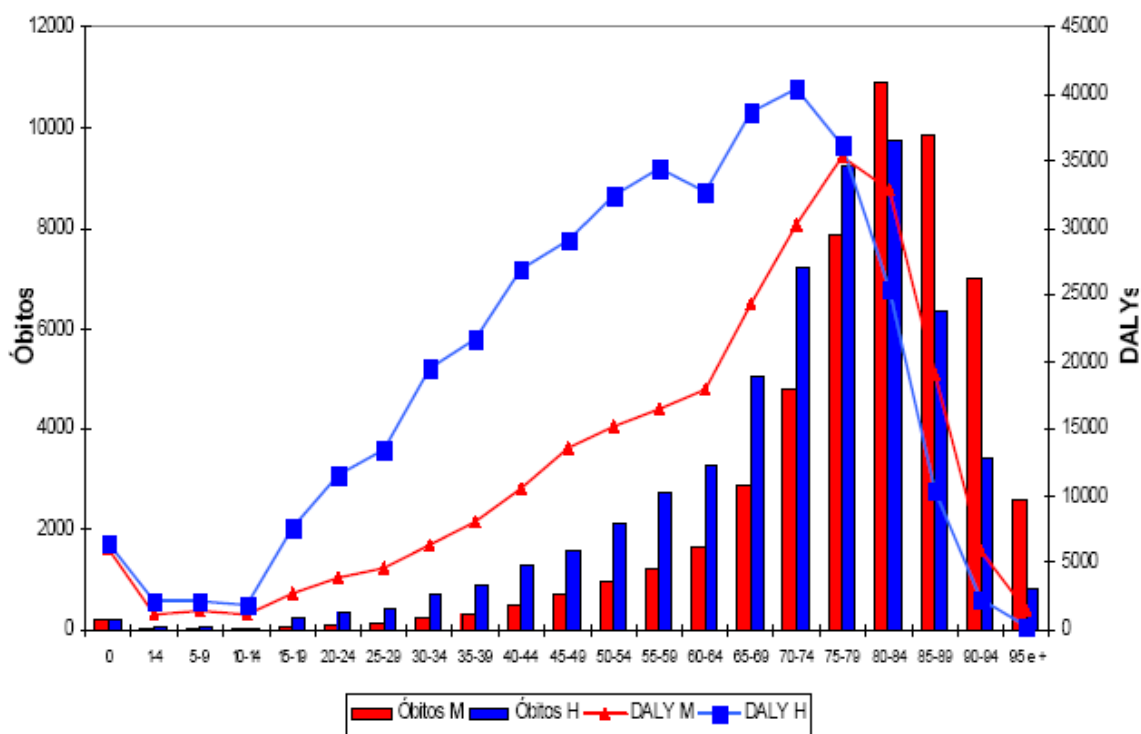
“Tabaco e aguardente transformam os sãos em doentes”

A função das estruturas alveolares é manter a troca entre o dióxido de carbono – catabolito metabólico - e o oxigénio do ar. Qualquer perturbação nesta função de hematose, é magoadora da função metabólica da hematose, por causar a redução da fixação do O₂, reduzindo assim consequentemente a qualidade e disponibilidade metabólica. Assim, o tabaco é sem dúvida alguma, apontado pela comunidade científica como um agente nefasto à saúde do indivíduo.

O consumo de tabaco está associado a muitas doenças, sendo responsável por cerca de 75% de mortes devido a cancro pulmonar e doenças pulmonares obstrutivas crónicas. Actualmente o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morte no mundo (Nunes, 2006). Esta autora diz-nos ainda que o consumo do tabaco é responsável por cerca de cinco milhões de mortes anuais em todo mundo constituindo a principal causa de morbilidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos.

Estes dados são assustadores e ainda mais se tivermos presentes as estimativas da OMS que em 2030 se nada for feito, morrerão anualmente cerca de 10 milhões de pessoas, das quais 70% em países desenvolvidos (Who, 2002). O gráfico 1, mostra o custo e a carga de doença nos diferentes grupos etários, em termos de DALYs e óbitos.

Gráfico 1 - Distribuição da mortalidade e DALYs ao longo da vida pelo consumo de tabaco



Fonte: DGS: Programa-tipo de actuação em cessação tabágica, (2007) - Circular Normativa n.º 26/DSPPS, Lisboa: DGS

O tabaco além de ser um alcalóide com propriedades psicoactivas - a nicotina, é constituído por cerca de 4500 substâncias químicas, com efeitos carcinogénicos, mutagénicos, tóxicos e irritantes. As alterações verificadas nos diferentes sistemas, têm como ponto alvo verificável desde o sistema endócrino, passando pela saúde reprodutiva, às alterações cutâneas, até à saúde oral passando mesmo pela doença ocular, entre outras (Nunes, 2006).

Esta referência, vem confirmar os estudos epidemiológicos referidos pela DGS (2005), que apresentam os efeitos verificados, perante a associação entre o tabagismo e:

- 1 - Um terço de todos os casos de cancro;
- 2 - 90% dos casos de cancro do pulmão;
- 3 - Cancro do aparelho respiratório superior (lábio, língua, boca, faringe e laringe);
- 4 - Cancro da bexiga, rim, colo do útero, esófago, estômago e pâncreas;
- 5 - Doenças do aparelho circulatório, dos quais a doença isquémica cardíaca (25 por cento);
- 6 - Bronquite crónica (75-80 por cento), enfisema e agravamento da asma;
- 7 - Irritação ocular e das vias áreas superiores.

A nível Europeu, o consumo de tabaco é também considerada uma das principais causas totalmente evitável, representando cerca de 12,3% do peso da doença nestes países, expresso em anos de vida ajustados para a incapacidade (DALYs).

Considerado também pelo Governo Português e pela Direcção Geral de Saúde uma preocupação no âmbito da saúde, têm-se conjugado esforços no sentido de minimizar este problema de saúde pública.

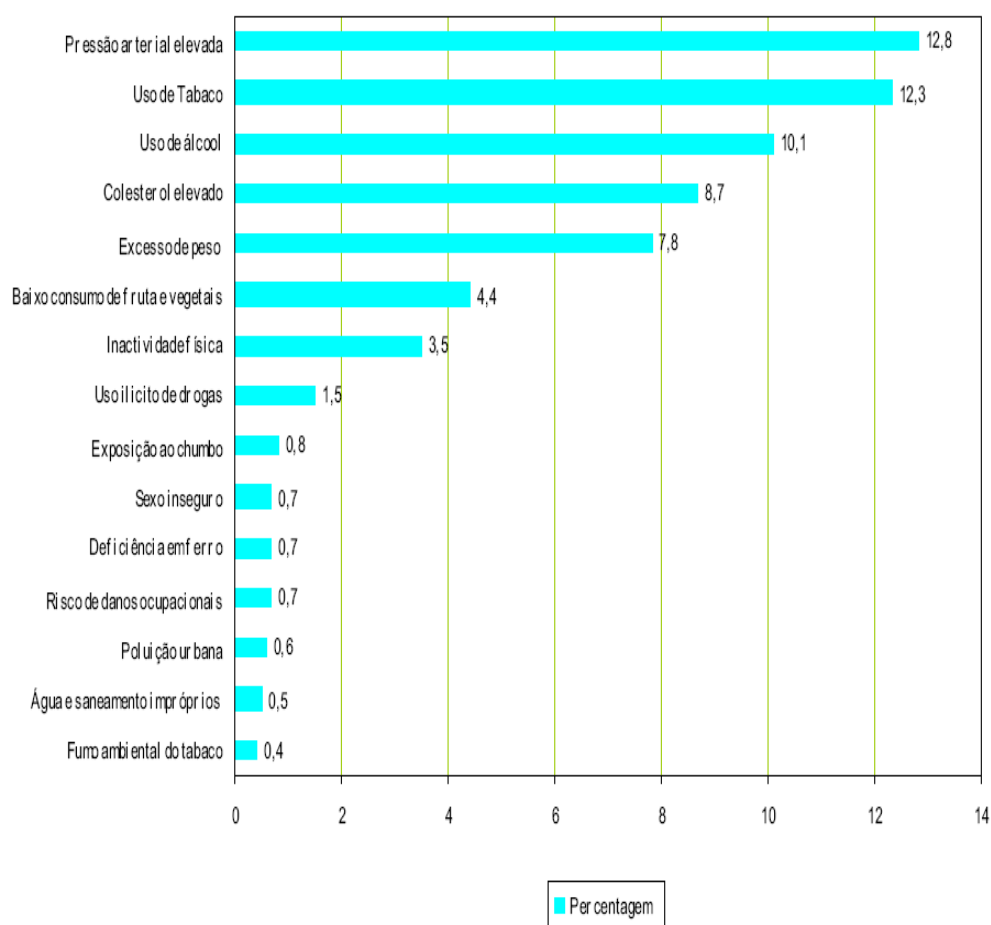
A lei da proibição do tabaco - Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto - em Instituições e espaços fechados¹⁵ e a implementação da consulta de cessação tabágica¹⁶ são disso exemplo.

¹⁵ A Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto determina no seu artigo 4º, nº1 que é proibido fumar:

- a) Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas colectivas públicas;
- b) Nos locais de trabalho;
- c) Nos locais de atendimento directo ao público;
- d) Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, clínicas, centros e casas de saúde, consultórios médicos, postos de socorros e outros similares, laboratórios, farmácias...
- g) Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade, incluindo, nomeadamente, salas de aula, de estudo, de professores e de reuniões, bibliotecas, ginásios, átrios e corredores, bares, restaurantes, cantinas, refeitórios e espaços de recreio, entre outros locais.

¹⁶ Devem ser criadas consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, destinadas aos funcionários e aos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos serviços hospitalares públicos, em particular nos serviços de cardiologia, pneumologia, psiquiatria, nos institutos e serviços de oncologia, serviços de obstetria, hospitais psiquiátricos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes entre outras situações.

Gráfico 2 - Proporção do peso de doença, expresso em DALYs atribuíveis a 15 factores de risco conhecidos na região Europeia da OMS (2000)



Fonte: Programa típico de actuação em cessação tabágica, DGS (2007), Circular normativa nº 26, DSPPS, Lisboa: DGS

Síntese

“Vida regrada vida prolongada”

Daquilo que vem sendo defendido, pela comunidade científica no âmbito da saúde, parece fazer sentido o provérbio “no meio é que está a virtude”, ou a verdade está no caminho do meio como afirmava Sócrates. Qualquer que seja o comportamento de saúde que a pessoa tenha não pode ser prescrito como nos diz Nutbeam, (1998) pois os contextos são diferentes as necessidades individuais são diferentes como são também diferentes os contextos culturais e os recursos que cada um mobiliza para o efeito. Por

isso somos levados a concordar com Fernandes (2007) quando diz que o equilíbrio tem o poder de trazer a felicidade. Fumar dois maços de cigarros diariamente com certeza custar um enfisema, mas um bom charuto com os amigos será muito agradável ou prazenteiro (Beber em demasia poderá causar desde um acidente de trânsito até uma cirrose, mas uma taça de vinho no jantar contribuirá positivamente com sua saúde). Todos os excessos, até mesmo o amor obsessivo, o sexo compulsivo, acabam sendo tratados, em última instância, como assunto de cunho médico.

Assim sendo os comportamentos por defeito, nalgumas situações ou por excessos noutras, podem estar na base do desequilíbrio funcional do ser humano e comprometer a saúde e bem-estar individual e colectivo, na medida em que os nossos comportamentos, muitas vezes também estão a condicionar a saúde do nosso semelhante. Matos e cols (1998) sintetizam que ter saúde não é um objectivo individual, mas um objectivo de cada comunidade nas suas rotinas do dia-a-dia que inclui aspectos ligados à saúde física, mas também à saúde mental e interpessoal. Depende não só da escolha individual em adoptar comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio ambiente no qual aos indivíduos estão envolvidos e da capacidade destes em permitir escolhas saudáveis. Por isso qualquer opção que se tome não pode ser individualizada mas englobar o ambiente, medidas políticas e sociais.

2 DO SABER PROFANO AO SABER CIENTÍFICO

“Provérbios e enigmas não são usados simplesmente para armazenar conhecimento mas para envolver as pessoas num combate verbal e intelectual: dizer um provérbio ou um enigma desafia os ouvintes a superá-lo com um outro mais adequado ou oposto”

Ong, (1998, p:55)

No processo de evolução, a humanidade foi acumulando saberes que foram sendo sistematizados como conhecimento. A Filosofia tem sido uma grande ajuda para compreender o universo através da auto-reflexão.

A Filosofia e a expansão marítima grega, permitiram também um confronto entre os mitos e culturas de diferentes povos, levando-os a superá-los com uma atitude reflexiva, num esforço de compreender os fenómenos de uma forma racional (Franchi e cols, 2006).

Esta tentativa de compreensão do universo, remete-nos então para o conhecimento. O que é então o conhecimento? O conhecimento pode ser definido, segundo Barros Rosas (2003), como a relação que se estabelece entre o sujeito que conhece ou deseja conhecer, e o objecto a ser conhecido ou que se dá a conhecer.

Já na Grécia antiga, e segundo o mesmo autor, existiam várias visões e métodos de conhecimento e salienta Sócrates, Platão e Aristóteles:

Sócrates quando estabelece os seus métodos: a ironia e a maiêutica¹⁷; Platão - a **doxa** (a ciência é baseada na opinião) e Aristóteles - a **episteme** (a ciência é baseada na observação e experiência).

¹⁷ Sócrates usava dois métodos: A IRONIA e MAIEUTICA cujo objectivo inicial era demolir nos discípulos, o orgulho, a ignorância e a presunção do saber.

A MAIÊUTICA: do seu étimo grego *maieuso* (parto), que identifica o método Socrático de ensinar, “de tal modo que as ideias fossem paridas no curso do diálogo” (Dicionário Houaiss TII, p. 2350), que consiste na “...multiplicação das perguntas, induzindo o interlocutor nas descobertas das suas próprias verdades e na formulação geral de um objecto” (Dicionário Houaiss TII, p. 2350). Dava alternativas, perguntas e respostas, ajudava a buscar a verdade. O nome Maiêutica emerge da homenagem a sua mãe, que era parteira. Ele dava luz às ideias.

IRONIA: A ironia socrática tinha um carácter purificador na medida em que levava os discípulos a confessa-

Ao longo da história, houve diferentes formas de conhecer o mundo, diferentes interpretações da realidade para chegar ao conhecimento verdadeiro. O quadro que se segue dá-nos uma perspectiva dessa evolução.

Quadro 15 – Evolução e formas de compreender o mundo

Modos de Conhecer o Mundo	CrITÉRIOS de verdade	Objectivação	Metodologia	Relação sujeito-Objeto
1. O Mito	A Fé	Dogmatismo – Doutrinação e Proselitismo	A experiência pessoal	Relação Suprapessoal, onde a Revelação do Sagrado se manifesta (revela) sobrenaturalmente ao profano através do rito (Dramatização do mito, ou seja, da liturgia religiosa).
2.A Filosofia	A razão	A razão discursiva.	A dialética (O discurso)	Relação transpessoal onde a palavra diz as coisas. O mundo manifesta – se pelos fenómenos
3. O Senso Comum	A cultura ética e moral	A Tradição Cultural	As crenças silenciosas (Ideologias)	Relação interpessoal, onde a ideologia estabelecida pelas idéias dominantes e pelos poderes estabelecidos.
4. A Arte	A estética	Esteticismo = A subjetividade do artista e do contemplador (observador) da arte.	O gosto	Relação pessoal, onde a criatividade e a percepção da realidade do autor e a interpretação e sensibilidade do observador.
5.A Ciência	A experimentação	Objetividade - Comprovação de uma determinada tese de modo objetivo	A observação	Relação “impessoal”, A isenção do cientista diante de sua pesquisa: O mito da neutralidade científica.

Fonte: MundodosFilosofos.com, Vanderlei de Barros Rosas, Brasil, em:

<http://www.mundodosfilosofos.com.br/vanderlei22.htm>

Quanto mais reflectimos sobre a realidade, mais probabilidades temos de a compreender. Ao pressupor o conhecimento da realidade numa perspectiva racional, a filosofia posiciona-se epistemologicamente e segundo o autor citado, como “um saber de segunda ordem”, ao passo que a reflexão é um voltar-se sobre a dimensão teórica do senso comum e da ciência. Assim resta observar que se assumem três formas básicas do

rem suas próprias contradições e ignorâncias, onde antes só julgavam possuir certezas e clarividências, perguntas e respostas, destruía o falso saber.

conhecimento, articuladas entre si e que podem desenvolver uma compreensão satisfatória dos fenómenos em geral e da Promoção da Saúde em particular.

A Racionalização emergida na Europa e a revolução científica do século VXII, deixaram um legado importantíssimo à ciência. Então qual o papel do senso comum? O senso comum é o conhecimento do domínio público que é utilizado pelo homem para a resolução dos seus problemas. Quando este evolui e passa por um processo de sofisticação e sistematização, denomina-se ciência. (Machado, 2005).

O senso comum contribui para que a ciência progrida a partir das dificuldades que emergem do quotidiano, enquanto a ciência se posiciona para esclarecer aspectos problemáticos suscitados pelo senso comum, bem como garantir a cientificidade das respostas para os problemas.

(Franchi, 2006). Nesta perspectiva torna-se necessário compreender o elo de ligação entre o conceito de ciência e o senso comum, sob um prisma filosófico, para que, a partir destes conhecimentos possamos contribuir com novo conhecimento, levando a ciência para a comunidade, sem menosprezar o senso comum.

A origem do saber científico, confunde-se com as origens da filosofia, mas no entanto a Ciência contemporânea mudou intensamente, já que esta desencadeia uma ruptura com o aspecto contemplativo que predominava na ciência antiga. A ciência moderna é operativa, ou seja tem interesse no conhecimento, para poder intervir na natureza e dominá-la. A maior determinação da linguagem científica ajuda a esclarecer o facto de muitas crenças do senso comum terem uma estabilidade que se prolonga por muitos séculos (Nagel, 1961). Este autor advoga ainda que entre as variáveis que diferenciam a ciência moderna e o senso comum, está implícita uma consideração importante, que deriva de uma estratégia deliberada da ciência que a leva a expor as suas propostas cognitivas ao confronto repetido com dados obrigacionais comprovados e controlados. Tal não significa que as crenças do senso comum, sejam “invariavelmente erradas, ou que “não tenham quaisquer fundamentos científicos em factos empiricamente verificáveis” mas sim, que não são sujeitos a testes sistemáticos realizados à luz de dados obtidos para determinar se essas crenças são fidedignas e qual é o alcance da sua validade”.

Basicamente, o que caracteriza as noções pertencentes ao senso comum não é a sua verdade ou inverdade. O senso comum caracteriza-se por ser espontâneo, condensado nas crenças, nos ditos populares que norteiam o quotidiano do homem. É portanto um conhecimento adquirido sem uma base crítica, precisa, coerente e sistemática (Medeiros e Cabral (2001). No senso comum há uma visão desagregada do mundo, onde se encontra o saber social gerado pelas relações de vida das pessoas, no dia-a-dia, na sua

prática de vida. Estes autores citam ainda Cabral (1997) dizendo que a aliança de saberes, é a fusão de parte de conhecimento popular e do científico. No primeiro "foi desvelado do senso comum e no segundo o conhecimento foi trazido pela pesquisa bibliográfica, baseada em estudos científicos".

O senso comum – e nesta perspectiva, os provérbios - como veremos mais adiante, é geracional, emerge na vida dos seres, num contexto de praxis diária, e como tal é importante que seja transmitido pela passagem da palavra. Baseado neste pressuposto, parece-nos ser pertinente o estudo dos provérbios no âmbito da saúde, uma vez que nem sempre a elevada tecnologia disponível, traz sempre todas as soluções eficazes para melhorar o estado de saúde das populações.

Francelin (2004) remete-nos para a obra de Boaventura Santos – “Um discurso sobre as Ciências” onde afirma que a Ciência moderna se constrói sobre o senso comum. Considera-o “*superficial*” e “*ilusório*” e a Ciência pós-moderna vem reconhecer os valores (virtualidades) do senso comum e enriquece a nossa relação com o mundo. O autor acrescenta ainda que o senso comum também produz conhecimento, um conhecimento anónimo, de aplicabilidade na vida anónima, das coisas práticas e simples, mesmo que ele seja mistificado e mistificador.

Pelo exposto, parece importante fazer uma ruptura epistemológica, à que ocorrera na ciência moderna; ou seja, em vez de a ciência se distanciar do senso comum para atingir o nível qualitativo para a pesquisa científica, torna-se necessário aproximar esse conhecimento do senso comum.

Em síntese, apesar dos diferentes conceitos e paradigmas ao longo da história do desenvolvimento da humanidade, corroboramos Francelin, (2004) quando diz que um campo do conhecimento, talvez não baste por si só, já que não se constrói conhecimento sem relação com o oposto. Para este autor, a ciência precisa do senso comum, a razão precisa do mito e as relações dependem de uma suposta verdade e essa verdade vem do ser humano.

Já no séc. XIX Kant¹⁸ - que iremos retomar mais adiante - defendia que para que a ciência seja universal é necessário um conhecimento *à priori* dos objectos. É preciso admitir que são as coisas que aceitam as leis do espírito. Assim sendo, as coisas são defendidas como fenómenos, e enquanto entram nas instituições da sensibilidade e são conhe-

¹⁸ Emmanuel Kant-). Segundo Kant, os seres humanos não podem saber da essência das coisas-em-sí, mas saber apenas das coisas segundo nossos esquemas mentais nos permitem apreender a experiência. contrastou o termo 'Fenômeno' com 'Nómeno' na "Crítica da Razão Pura

cidas como categorias, quando sofrem as leis reguladoras da razão. Nesta perspectiva, um provérbio pode ser sinónimo de subjectividade do domínio da crença, ou, como defende Kant, ser possível categoriza-los e submete-los às leis da razão. Caso seja possível estudar os fenómenos com rigor metodológico, poder correlacionar variáveis depois de as categorizar, poderemos afirmar se eles são fruto do acaso e se possuem no seu conteúdo fundamento científico. A experiência acumulada ao longo dos anos, condensada numa gama variada de provérbios e utilizada por diferentes povos pode ser entendida como conhecimento empírico. É este conhecimento - ao qual Kant na sua obra “A crítica da razão pura” - que determina o conhecimento do objecto por meio de percepções. Este autor chega mesmo a citar os postulados do pensamento empírico em geral:

1.º Aquilo que condiz com as condições formais da experiência (com referência à intuição e aos conceitos) é “possível”;

2.º Aquilo que condiz com as condições materiais da experiência (da sensação) é “real”;

3.º Aquilo que, na conformidade com o real, está determinado segundo as condições gerais da experiência, é “necessário” (existe necessariamente).

O conhecimento da “realidade” das coisas exige então uma “percepção”; isto é, uma sensação acompanhada de consciência (embora não imediata) do próprio objecto, cuja existência devemos conhecer.

À guisa de conclusão e parafraseando o autor citado, “nenhuma característica da existência de uma coisa pode, de qualquer forma, ser encontrada em seu simples conceito. Este, precedendo a percepção, significa a simples possibilidade da coisa; a percepção que dá ao conceito a matéria, é unicamente o carácter da realidade”.

No nosso estudo procuramos identificar os campos comuns das duas culturas: a científica e a popular (subjacente nos provérbios relacionados com saúde /doença).

Numa perspectiva de pensamento em termos de Promoção da Saúde, pensamos ter todo o sentido, a abordagem e análise dos provérbios na medida em que muitos deles, como veremos mais adiante dão conselhos úteis relativamente à manutenção e Promoção da Saúde das pessoas nos seus quotidianos, advertem para os perigos que determinados comportamentos podem conter. Mas a essência do argumento não está só nesta evidência. De facto, numa análise preliminar, parece fazer sentido que **“deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”**, primeiro porque é revelador de boa conduta, mas – e tal como o capítulo anterior expressou – é durante o sono que se reconcilia a homeostasia endócrino-metabólica, nomeadamente com a produção de melatonina, de

somatotrofina e leptina, e pelo repouso circadiano obtido, vivendo o despertar e a vigília nos respectivos períodos de luz e escuridão.

Mas o que evidencia a pertinência de análise das mensagens proverbiais, é que ao serem aplicados, melhoram a vida de quem os toma como prática, e ou diminui em grande medida, o seu desconforto.

Além destes argumentos, de âmbito mais biológico, também no âmbito da Promoção da Saúde, educadores e profissionais de saúde, temos que estar atentos e compreender o homem numa visão holística e não apenas e não fragmentada do ser de forma a compreender o ser humano e o seu *modus operandi* como forma de sobrevivência.

A resistência de alguns técnicos no contexto de saúde, e de formadores e no meio académico (visível nos escassos estudos científicos nesta matéria), levou-nos a reflectir sobre o conhecimento popular e a sua mais-valia, em termos científicos e no processo de Promoção de Saúde, já que esta visa acima de tudo, a **capacitação** do indivíduo, de modo **a adquirir as formações necessárias para fundamentar as suas decisões** pessoais, para fazer face às adversidades do dia-a-dia, e como tal, poder o sujeito **assumir conscientemente essas responsabilidades**, e neste estatuto **assumir-se**, para poder pelos organismos do Estado, ser **como tal reconhecido, e por isso responsabilizado**. Ou seja, há a emergente necessidade de conhecer e reconhecer os aprendizados, que as experiências de vida nos proporcionam, e o valor essencial e prático das mesmas. Parece essencial reconhecer também, se os homens, veículos geracionais da informação - subjacente ao conteúdo dos provérbios - estão a passar a mensagem por razões de falácia cultural e de retórica, ou não... se é mesmo porque aprenderam que há nessa mensagem um plano protector da vida e de facto promotor da sua saúde! Este é uma questão que parece merecer uma atenção de facto substancial, para assumir a necessidade de um estudo na matéria.

E é neste sentido que é necessário regressar à compreensão das mensagens dos provérbios e por isto, ao conhecimento da vida e cultura dos sujeitos.

Obelkvich (1997) e Luand (2000) defendem que o modo mais rápido de entender uma pessoa ou uma cultura é aprender os seus provérbios. De facto, ao longo dos tempos, a humanidade teve necessidade para se manter e reproduzir, aprender comportamentos que foram sendo sedimentados pela *praxis* e transmitidos de geração em geração pela prática da oralidade.

No entender de Santos (2000) ^{19*} a ciência pós moderna, procura reabilitar o senso comum, por reconhecer nesta forma de conhecimento, algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. O senso é mistificado, mistificador e até conservador, é prático na medida em que se forma na experiência vivida.

Apesar de o senso comum poder legitimar prepotências, interpretado pelo conhecimento científico, pode estar na origem de uma nova racionalidade. Assim sendo e na perspectiva deste autor, na ciência moderna a ruptura epistemológica é um salto qualitativo do senso comum para o conhecimento científico.

A pós-modernidade caracteriza-se por quatro pontos essenciais: mobilização no sentido de estreitar relações entre a ciência e outras formas de conhecimento; flexibilização da ciência no uso de metodologias; reflexão sobre a interdisciplinaridade como forma de restituir um saber, até então construído na direcção da espacialidade e da fragmentação e por último na reflexão crescente sobre a necessidade de democratizar o saber, ou seja necessidade de apropriação colectiva dos frutos da ciência como forma de promover a democracia, a liberdade e o desenvolvimento. Dito de outra forma, há uma mais-valia em pelo menos aceder à análise comparativa entre as mensagens da oralidade do senso comum e do saber científico, e de forma descomprometida, elaborar alguma compreensão entre as suas semelhanças e diferenças.

Embora se assuma a diferença da sua *episteme*, e portanto a sua significação em termos de acesso ao conhecimento de um dado objecto - que aqui se materializa em formas proverbiais - também se assume que a metodologia científica não é magoada em termos de *racionale* metodológico, ao operacionalizar um conjunto de técnicas que ouçam activamente o conteúdo de uma mensagem e se comparem com resultados científicos.

¹⁹ Boaventura de Sousa Santos é Doutor em sociologia do direito pela Universidade de Yale e professor catedrático da Faculdade de economia da Universidade de Coimbra. É actualmente um dos principais intelectuais das Ciências Sociais com reconhecido mérito internacional, tendo ganho especial popularidade no Brasil após ter participado nas três edições do Fórum Social Mundial em Porto Alegre. Uma das suas preocupações é aproximar a Ciência do Senso comum com o objectivo de ampliar conhecimento.

2.1 A Oralidade e a Escrita

*“Homem bem falado, de todos querido
e respeitado”*

A questão central que aqui se aborda, diz respeito ao fenómeno da oralidade na mensagem, sua permanência e capacidade de retenção na memória e imaginário dos ouvintes. Curiosamente esta questão é a que está subjacente ao efeito da verbalização transgeracional, universal e atemporal que os provérbios encerram. Independentemente do valor do conteúdo e da força da prosódia na oralidade, há que reconhecer a importância da escrita.

O valor da escrita não pode ser negado, sendo mesmo indispensável nos nossos dias viver sem ela e é difícil para nós, imaginar a actualidade numa tradição puramente oral na medida em que vivemos no reinado da escrita e na era tecnológica. Ao contrário, o contexto discursivo do provérbio, pela sua construção na oralidade, é mais perene e mais volátil, todavia não menos representativo nem omissa ao longo das gerações.

Assim sendo, torna-se compreensível, como também a oralidade cria impacto pessoal e social. Estudos de Galvão e Batista (2006), ao se debruçarem sobre as relações entre culturas orais e letradas, sobre as consequências da introdução da escrita, acabaram por se vir a revelar um instrumento fundamental na percepção e compreensão de aspectos relacionados com a cultura de um país. Relativamente à oralidade e escrita Cook-Gumperz (1991) identificou três grandes momentos na história humana.

O **primeiro**, caracterizado por um grande distanciamento entre a oralidade e escrita, na medida em que apenas um grupo restrito tinha acesso à alfabetização; uma **segunda** fase, em que a escrita passou a ser vista como um registo da oralidade. Este momento, caracteriza-se pela proximidade entre a oralidade e a escrita, na medida em que a cultura transportada oralmente, acaba por aparecer em impressão de documentos, que como referiremos mais à frente, viriam a ter um papel fundamental. Um **terceiro** momento, onde se verifica um afastamento da díade oralidade/escrita, é identificado por uma tipologia de escrita, que passou a ser documentada e portanto também burocratizada, e aonde as instituições em geral e a escola em particular, acabaram por vir assumir um grande papel, no acesso, na difusão e na utilização do conhecimento.

O uso da palavra assume especial importância na difusão da cultura popular. Esta é algo que se opõe ao silêncio e tal como o provérbio diz *“é falando que a gente se entende”*. Toda a palavra encerra uma força comunicativa e Inexplicável, é um encontro interpessoal que estabelece relações entre o eu e o outro. A palavra é um elemento decisivo nas

relações humanas (Miguel, 2005). Este autor acrescenta ainda que a palavra tende a ser sempre eficaz e operativa; está destinada à sinceridade (escutar a verdade a alguém não é só ouvir mas também entender e escutar); acreditar na palavra é dar crédito a quem fala. A este propósito, relembramos o provérbio **“quem bem ouve, bem responde”**.

Recuperando a ideia inicial, e no sentido da compreensão da temática dos provérbios, urge assim, abordar a pertinência da oralidade nos diferentes contextos. A oralidade no contexto familiar é importante, na medida em que é na família que surgem as primeiras situações de uso da fala, e é aí que a expressão discursiva da oralidade se vai desenvolvendo em função da maturidade da criança. A oralidade no contexto escolar também é fundamental pois a criança precisa de interagir e é colocada perante novas situações de uso da linguagem (Queirós, e cols, 2004).

Fazer uma abordagem aos provérbios, remete-nos portanto, para uma prática da oralidade e do pensamento oral. Como afirma Galvão e Batista (2006) a linguagem determina o pensamento na medida em que as pessoas pensam de acordo com a maneira que possuem para se expressar numa dada cultura. Ora esta associação de ideias, remete-nos para a apreciação do que é a essência da representatividade da expressão oral humana, que como defende Ong, apresenta características específicas, ao nível do pensamento oral:

- Mais aditivo que subordinativo;
- Proximidade com o mundo vital;
- Mais agregativo do que analítico (a opinião já vem avalizada, cristalizando de certo modo o pensamento);
- Tom predominante emocional. A comunicação verbal está sempre envolvida em relações interpessoais (caracterizadas tanto pela atracção como pelos antagonismos);
- Mais empático e participativo do que objectivamente distanciado;
- Não está interessado em definições abstractas (as palavras adquirem o seu significado no contexto em que são expressas, incluindo os gestos , inflexões vocais, expressão facial, entre outros);
- É situacional e concreto.

Curiosamente pode agora perceber-se que parece ter sido a prática da oralidade e de todo o pensamento oral, o que terá vindo progressivamente a contribuir para a universalidade e atemporalidade dos provérbios. Estes, pela facilidade de memorização (dadas as suas características, como abordaremos mais adiante) foram veículo de transmissão de mensagens em relação a factos importantes da praxis dos quotidianos humanos (dando conselhos úteis, criticando, incitando ou advertindo determinado comportamento

(“Não chames virtude ao que te faz perder a saúde”; “se bebes para esquecer paga antes de beber”; só se dá valor à saúde quando se está doente” “cautela e água de galinha não faz mal a doentes”ou ainda “livra-te dos ares que eu te livrarei dos males”). Todavia este passado secular não pôde vir a servir para a natural e necessária abrangência que o conhecimento oral – mas que até aqui muito restritamente expandido - necessitava de ser para que toda a humanidade pudesse dispor do seu conteúdo e mensagem semântica. A oralidade tornou-se assim insuficiente e semi omissa no contexto de desenvolvimento numérico e expansor que a humanidade implementava à modernidade. A mensagem buscava com emergência outra forma de acesso ao seu próprio conhecimento e propagação. É neste contexto que a escrita emerge e se torna dessa expansão tributária.

E terá sido realmente com os trabalhos da escrita iniciática de Gutemberg, e com o aparecimento da impressão e reprografia, que se veio a assistir a um salto qualitativo na área da disseminação das mensagens – outrora orais - e também do próprio conhecimento em si. A invenção da imprensa foi um marco histórico na disseminação de ideias. Até então a cultura oral foi passando de geração a geração através de uma atmosfera de interação pessoal emotiva e sensorial.

A impressão vem não só permitir o acesso ao conhecimento, numa imagem textual e estática, com possibilidade de acesso repetido, como também vem estimular esse acesso numa privacidade pessoal com o método e tempo que o sujeito lhe podia despendar. E é justamente este pormenor da acessibilidade pessoal e simultaneamente universal – embora elitista – o que acaba por acelerar a troca de ideias e estimular o acesso, a produção, a utilização e disseminação do conhecimento científico.

É neste paradigma de disseminação das ideias, que faz sentido recuperar as palavras de Vítor Hugo ao condensarem na íntegra a importância remetida à imprensa no contexto do pensamento humano: a invenção da imprensa é o maior acontecimento da história.

Ideia que é corroborada pelo sentido da expressão de Bacelar (1999) que defende que o princípio científico da repetibilidade é garantido pela verificação imparcial de resultados experimentais e estabelece-se um novo paradigma de reflexões e descobertas científicas, ideias que no conjunto incidem na escrita como ponto essencial para o reconhecimento da imagem perene do conhecimento. Decorrente deste paradigma, ao impacto da imprensa, vem contribuir assim para o nascimento de uma comunidade científica de forma a funcionar sem constrangimentos geográficos.

Após ter sido verificada a importância do fenómeno da imprensa e suas alterações provocadas, faz sentido agora abordar um novo fenómeno daí emergente. É que com a

generalização da escrita, e o natural acesso a essa mensagem, por cada leitor, como cada um o interpretava e utilizava, o processo de aquisição do conhecimento passou a requerer uma separação entre a sua transmissão e as práticas quotidianas. Com estas aplicações particularizadas, sem formatação nem orientação de operacionalidade, os conteúdos dos documentos necessitaram nova abordagem, pelo que com a difusão da escrita foram emergindo grupos específicos especializando-se em preservar, editar e interpretar a informação, utilizando para isso uma linguagem que se diferenciava daquela que se utilizava no dia-a-dia (Galvão & Batista, 2006).

Como consequência, e segundo os autores supra citados, o conhecimento tornou-se aos poucos, descontextualizado e formalizado, havendo a criação de instituições para o transmitir de geração em geração - as escolas como já referimos. No nosso estudo procuramos identificar os campos comuns das duas culturas: a científica e a popular (subjacente nos provérbios relacionados com saúde /doença).

De facto ao longo dos tempos, a humanidade teve necessidade para se manter e reproduzir, aprender comportamentos que foram sendo sedimentados pela *praxis* e transmitidos de geração em geração pela prática da oralidade.

Veja-se a realidade Portuguesa na evolução da taxa de analfabetismo, que embora reflita evoluções significativas estão bastante aquém do desejável. Além de ser bastante elevada é de registar a heterogenidade nas diferentes regiões do país, o que mais uma vez embora possa parecer que a tradição da oralidade não faz mais sentido, a verdade é que a literacia em Portugal é baixa.

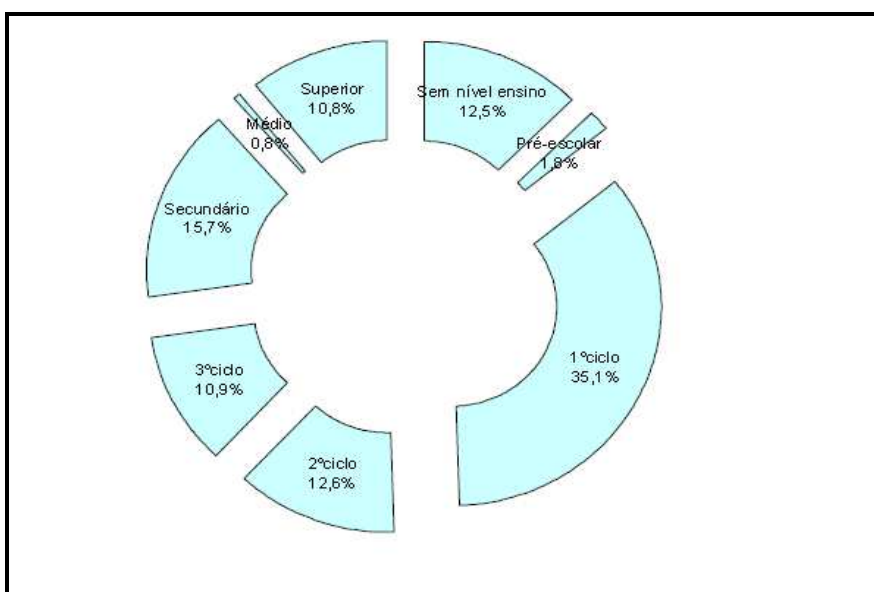
Quadro 16 – Taxa de analfabetismo (em %) em Portugal nos anos de 1991 e 2001

	2001	1991	Diferença
Portugal	9,0	11,0	-2,0
Norte	8,3	9,9	-1,6
Centro	10,9	14,0	-3,1
Lisboa	5,7	6,2	-0,5
Alentejo	15,9	20,2	-4,3
Algarve	10,4	14,2	-3,8
R. A. Açores	9,4	10,0	-0,6
R. A. Madeira	12,7	15,3	-2,6

Fonte: Sensos 2001: Informação à comunicação social (2002): INE

O nível de ensino atingido pela maior parte da população Portuguesa segundo o quadro que se segue, realça que no ano de 2001, 35,1% tem apenas o 1º ciclo e 12,5% não tinha atingido nenhum tipo de ensino.

Quadro 17 - Nível de ensino da população portuguesa no ano de 2002

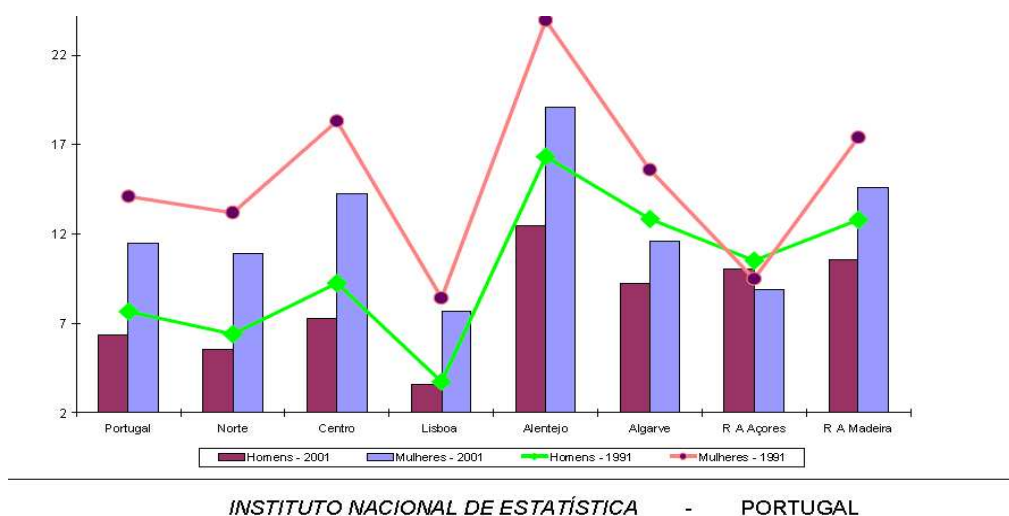


Fonte: Sensos 2001: informação à comunicação social (2002): INE

A taxa de analfabetismo das mulheres foi substancialmente superior à dos homens, quer em 1991, quer em 2001. Em 1991, apresentou um valor de 7,7% para os homens e de 14,1% para as mulheres, descendo em 2001 para 6,3% e 11,5%, respectivamente. Esta discrepância mantém-se em todas as regiões, a excepção a esta realidade é a Região Autónoma dos Açores.

A diferença significativa no género, é uma realidade evidente à excepção da Região Autónoma dos Açores. A taxa de analfabetismo das mulheres no País, no ano de 2001, é quase o dobro da dos homens .

Gráfico 3 - Taxa de analfabetismo em Portugal nos anos de 1991 e 2001



Fonte: Sensos 2001: informação à comunicação social (2002): INE

A progressão cultural monogâmica no ocidente foi sempre assumindo nas mães de família e portanto nas mulheres, a orientação educativa e a formação das sucessivas proles. Não será portanto de admirar que as mulheres tivessem tido a necessidade de recorrer aos provérbios (sobretudo e também) para explicitar os valores, comportamentos e atitudes que necessitavam de deixar inculcados em seus filhos e netos. Mas porquê a necessidade do uso dos provérbios por parte destas entidades? É que outrora como actualmente a população alvo primariamente e dominante das instituições educativas no mundo em geral e em Portugal particularmente, foi sempre a componente masculina das comunidade humanas. Assim sendo criou-se um panorama assaz curioso: os homens fizeram aquisições a partir da alfabetização que o sistema educativo lhe disponibilizava, e as mulheres – essas formadoras anónimas da instituição família onde a educação começa e se estruturar, mantiveram o seu estatuto com idoneidade e perseverança mas somente através da oralidade construindo a essência do desenvolvimento das gerações também através do discurso proverbial.

Quer queiramos ou não, afinal os provérbios estiveram sempre presentes no tempo em que construímos os valores no nosso imaginário, e é por isso que agora nos lembramos deles.

2.2 Parameologia

“Os provérbios são pedaços de sabedoria que, bem digeridos, proporcionam excelente nutrição ao espírito. “

Benjamin Franklin

Para abordar a temática dos provérbios torna-se necessário fazer referência à parameologia.

Parameologia é a ciência que estuda os provérbios. O termo provém do grego *paroimia* e significa “instrução” ou ensino de conhecimentos práticos. (Conca, 1987). Bragança Júnior (1999) acrescenta: Parameologia é a ciência que se ocupa com a descrição, classificação, etimologia e pragmática dos provérbios.

Relativamente à parameologia Portuguesa, Brazão (2004) afirma que “é um filho menos amado da nossa tradição cultural”, considerando todavia que o provérbio é “menos amado nos estudos que não no seu uso”, já que nos quotidianos, nos vemos a usá-los a todo o momento em que queremos reforçar uma ideia – implícita ou explícita – ou aludir a um a conclusão paralela a que queremos chegar, no nosso discurso oral. Em Portugal, as compilações mais antigas de provérbios datam do século XVII, com os padres António Vieira e Bento Pereira.

Falar de provérbios remete-nos à cultura popular, à forma de pensar e sentir de um povo, e sobretudo aos espaços valorativos e morais. A palavra assume especial importância na transmissão da sabedoria popular, por ter sido a ferramenta usada pré-existente à escrita, e portanto à mensagem escrita. Andrade (s/d) acrescenta que a sabedoria encontrada nos provérbios não é apenas inerente ao povo humilde, é uma verdade que se estende a todo o ser humano. É uma verdade pré-existente na mente humana. Como diz o provérbio “é falando que a gente se entende”.

A palavra opõe-se ao silêncio. Toda a palavra encerra uma força comunicativa íntima e inexplicável, é um encontro interpessoal que estabelece relações entre o “eu” e o “outro”. A palavra é um elemento decisivo nas relações humanas (Miguel, 2005). Este autor acrescenta ainda que a palavra:

- Tende sempre a ser eficaz, é portanto operativa;
- Está destinada à sinceridade e verdade (escutar a verdade a alguém, não é só ouvir mas também entender e aceitar);
- Acreditar na palavra é dar crédito a quem fala (“quem bem ouve bem responde”).

Quando a palavra é proferida, o pensamento adquire mais força e tende a realizar-se em algum momento. Se além de proferida, a palavra for escrita, mais provável se torna sua concretização. Por isso, quando as pessoas não querem que algo, que está no seu pensamento, produza efeito, que sabidamente será negativo, evitam expressá-lo por palavras (Azambuja, 2004).

Mas para que a palavra pudesse perdurar no tempo, tornou-se necessário dar-lhe uma forma, que se tornasse apelativa, não só ao parafraseamento e à prosódia, mas que se consumasse em si mesma uma mensagem significativa. E é então por esta razão talvez, que surgiu o conjunto de fonemas, mais ou menos curto e cortante, entre o conselho moral e a ironia, mas que de forma imediata, era entendida e percebida como verificável na vida.

A tradição oral, foi durante muitos séculos um veículo de sobrevivência da palavra e dos conteúdos que encerra. Tal como a palavra, os conhecimentos e o *modus vivendi* das pessoas têm sido transmitidos através da oralidade. Esta ideia é defendida por Andrade (s/d) quando afirma que quando usamos a língua, dizemos o que somos, de onde somos e o que pensamos. Não é por acaso que o sotaque nos identifica, e que os termos culturais nos remetem à nossa origem geográfico-cultural. Aquele autor, sintetiza ainda que a língua “é um acervo histórico-cultural, e que o homem armazena no seu âmago, toda a sabedoria adquirida na esteira do tempo” e lembra que “os provérbios já existiam antes dos livros, e que não são eles que norteiam a vida humana mas sim os velhos dizeres”, o que não deixa ainda hoje em dia de ser sentido como uma verdade.

Uma das formas do conhecimento da história do pensamento social no decorrer dos séculos, de acordo com Bragança Júnior (1999), está presente num vasto número de expressões, muitas vezes caracterizadas como populares, que são portadoras das vivências de uma ou mais gerações e funcionam como instrumentos de conduta, aptos para serem aplicados no dia-a-dia. Essas expressões fraseológicas ou locuções de uma língua recebem uma classificação tipológica que nem mesmo os especialistas conseguem estabelecer limites rígidos, como veremos mais adiante, sendo por vezes utilizados como sinónimos.

2.2.1 Conceito de Provérbio

Provérbios e conselhos “todos”²⁰ são bons”

Confúcio (511 AC.- 479 AC.), pregador e legislador, tornou-se um sábio venerado pelas suas máximas e frases curtas, tendo sido registadas pelos seus discípulos, e que por isto puderam vir a ser usadas para educar milhões de chineses nos últimos 2500 anos.

O homem é um artista da palavra (Miguel, 2005) e como tal pode expressá-la abreviada das mais diversas formas.

Provérbio, deriva do latim *proverbiu* e significa uma “máxima expressa em poucas palavras e que se tornou popular, é a voz da experiência” (Lello&Irmão 1988).

O *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2003) define provérbio como uma frase curta, geralmente de origem popular, frequentemente com ritmo e rima, rica em imagens, sintetizando um conceito a respeito da realidade, uma regra social ou uma normal moral. Ainda nesta temática vários autores vêm defendendo as suas perspectivas pessoais: por exemplo, Brazão (2004) atribui à definição de provérbio quatro traços essenciais: brevidade, bom senso, argúcia e popularização; Gil (2004) define um provérbio como um enunciado memorizado em competência que se caracteriza pela brevidade, a função utilitária e didáctica. Nesta linha de pensamento, Conca (1987) diz-nos também que um provérbio é um acto de fala breve, codificado, de autor anónimo e consagrado pelo uso reiterado de geração em geração. Esta autora destaca os seguintes elementos a considerar no conceito:

1. **Acto de fala** - Trata-se de uma unidade mínima de discurso que tem um significado locutivo e uma intenção ou força ilocutiva tais como: elogiar, censurar, aconselhar ou advertir.
2. **Breve** – Tem presente o uso de palavras precisas.
3. **Codificado** – A fixação do enunciado afecta a forma do seu significado. Para atribuir um significado ao provérbio, torna-se necessário um contexto linguístico e um contexto situacional.
4. **Anónimo e tradicional** - A sua criação é anónima. Consegue-se fixar e memorizar conforme o uso e com ajuda de certos elementos mnemotécnicos tais como a rima e o ritmo.

²⁰ Aspas colocadas por nós

Cervantes citado por Teixeira (2000) define provérbio de uma forma breve: uma frase curta, baseada em longa experiência. Já Andrade (s/d) conceitua provérbio como uma expressão linguística que retrata o fazer e o viver da humanidade. Está inserido na tradição de um povo e pertence-lhe como algo universal, aceite como verdade e como evidência incontestável.

Bragança Júnior (1999) diz-nos que o provérbio é entendido com uma unidade fraseológica caracterizada externamente por uma certa concisão e brevidade e, no plano interno, por apresentar elementos metafóricos que contêm uma mensagem de valores gerais referendada através de gerações e que deve ser seguida. Nesta abordagem do estudo do provérbio existem portanto dois aspectos importantes: o conteúdo (aquilo que quer dizer) e a forma (como dizer).

- **Adágio** - É um dito breve que encerra um sentido doutrinal, como por exemplo: “faz o bem e não olhes a quem”;
- **Máxima** - É um dito breve que serve de norma de conduta moral. Distinguem-se dos provérbios porque no geral não envolvem, nem a metáfora nem a mesma riqueza de ritmo, como o que se insere em: “conhece-te a ti mesmo”;
- **Aforismo** – É um dito breve, que se propõe como regra ou princípio de alguma ciência ou arte, como o que está subjacente em: “quem vai devagar vai longe”;
- **Apotegma** – É um dito breve com intuito moral atribuído a uma personalidade notável e reproduzida no discurso directo;
- **Paradigma** – É uma frase literária com determinadas passagens evangélicas, enquadrada num marco narrativo.

Ao longo do texto será sempre utilizada a terminologia de provérbio, ainda que na recolha efectuada, muitos deles se possam inserir nalguns destes conceitos.

Há todavia uma perspectiva que pode e deve ser explorada, no sentido de neutralizar a visão também reduccionista a que este tipo de mensagens podem conduzir. De facto, os Provérbios não condensam só sabedoria e verdade – no seu sentido mais amplo e absoluto – já que, por na sua construção, estar uma observação focalizada e muito justaposta ao contexto local, regional e cultural há neles também disfunções: de facto ao exporem as convicções, eles expõem os preconceitos (e, portanto, contribuem para a deseducação moral). Na análise dos provérbios como um todo, vale também a coexistência de contrários ou contraditórios. Graça, (2000) afirma mesmo que nos provérbios se encontram conselhos de medicina popular (alguns com aguda sensibilidade para o psicossomático) que frequentemente ironizam.

Apesar de encontrarmos provérbios relativos aos mais diversos assuntos, também há provérbios relativos aos provérbios, reforçando o seu interesse, tais como:

- “Os provérbios são pedaços de sabedoria, que bem digeridos, proporcionam a nutrição ao espírito”
- “Provérbios e conselhos todos são bons”
- “Os provérbios não enganam”
- “Refranes que no sean verdaderos, y febreros que no sean locos, pocos”, “Cien refranes, cien verdades” e “Decir refranes, es decir verdades”, também encontrados na língua Espanhola.

2.2.2 Características / função do provérbio

“De provérbios e cantares, tem o povo mil milhares”

A evolução e o progresso estão intimamente ligados à história da humanidade. Os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo influenciam o pensamento e o comportamento humano (Martins & Silva, 2001). Também Graça (2000) considera que os provérbios verdadeiras jóias do pensamento sincrético. São uma parte do património cultural que pode e deve ser recuperadas por aqueles que lutam pelo triunfo de uma nova saúde pública. Este autor diz-nos ainda que alguns provérbios podem inclusive ser usados no âmbito da educação e da Promoção da Saúde, nomeadamente aqueles que estão relacionados com factores de risco e factores protectores da saúde.

Os provérbios, antes da existência da escrita tinham como função de facilitar a circulação dos conhecimentos, quase sempre em torno do valor moral e dos comportamentos.

Segundo Bragança Júnior (1999) nos provérbios podemos encontrar três características importantes que são: IMPESSOALIDADE, ATEMPORALIDADE e UNIVERSALIDADE.

- IMPESSOALIDADE – São anónimos e tradicionais, tem uma existência própria independente de autores, falantes e ouvintes.
- ATEMPORALIDADE – Os provérbios apresentam uma verdade imutável.
- UNIVERSALIDADE - Eles não são confinados a uma determinada área geográfica, encerram uma sabedoria universal.

O mesmo autor, citando Maria Helena de Albuquerque, faz referência a outras propriedades dos provérbios.

PROPRIEDADES SEMÂNTICAS.

1. Operam com aspectos básicos da vida que não podem ser banais, tais como: o amor, saúde, idade, pobreza, riqueza, trabalho, entre outros;
2. Dizem mais respeito a expressões de opinião geral do que pessoal;
3. Podem ser tomados metaforicamente ou literalmente;
4. Advogam conselhos e dão estratégias;
5. Estabelecem uma verdade geral em contraste com a especificidade do contexto no qual aparecem referindo - se muitas vezes à categoria de experiência mais ampla em geral à do seu contexto de uso.

PROPRIEDADES SINTÁTICAS:

1. Tempo no presente, sugerindo atemporalidade ou inferência a qualquer tempo;
2. Simetria evidente; paralelismo, repetições e estruturas bipartidas;
3. Uso frequente da cópula;
4. Uso frequente dos pronomes pessoais e substantivos;
5. Uso de formas imperativas;

PROPRIEDADES FONOLÓGICAS:

1. Frequente uso da aliteração e rima.

PROPRIEDADES LEXICAIS

Fazendo parte do conhecimento vital e humano, são parte integrante da cultura de um povo e o tema central é a sabedoria e a vida humana (Bragança Júnior, 1999). Este autor advoga que a sabedoria humana compreende a *ciência especulativa*, a *ciência prática* e a *rectitude moral*. Defende ainda que a sua transmissão é de extrema importância, e se não se transmite de uns para outros, a mensagem não tem valor.

A particularidade dos provérbios reside ainda na possibilidade de configurar uma atitude que passaria despercebida, se os provérbios não chamassem a atenção para ela e a eficiência da sua mensagem está indissociavelmente associada à sua clareza (Bragança Júnior, 1999).

Os provérbios têm a função de: Produzir um efeito particular, uma mudança no estado de consciência nos ouvintes desejada pelo que fala e ainda a função de persuasão, admoes-

tação, repreensão, Andrade (s/d) salienta que os provérbios englobam três dimensões fundamentais:

DIMENSÃO LINGUÍSTICA (é dotado de estrutura e significado. Verificam-se contudo transformações, fonológicas, sintáticas, morfológicas no que se refere ao uso e evolução).

DIMENSÃO HISTÓRICA (No contexto de enunciação do provérbio – quem, onde e quando – é importante para compreender o conteúdo do mesmo).

DIMENSÃO SOCIAL (O provérbio é uma manifestação social. O seu uso é difundido nas várias camadas sociais e em diferentes áreas geográficas).

Os provérbios têm alvos intencionais bem definidos: acusando, definindo, defendendo, restringindo, edificando, estimulando, consolando, dando esperança e tranquilizando, propiciam ao ouvinte ou ao usuário, um carácter sábio, analítico, condimentando, gravado pela experiência e, acima de tudo, são conclusivos. (Lacaz-Ruiz,s/d). Para este autor é importante considerarmos que os provérbios, isoladamente e quando mal interpretados, podem ser perigosos, induzir ao erro, distorcer situações, justificar vícios ou encorajar maus costumes.

Todos nós somos capazes de citar prontamente pelo menos meia dúzia de provérbios, no entanto se nos perguntarem onde os ouvimos, não somos capazes de responder a não ser que os tenhamos ouvido com muita frequência à mesma pessoa, no entanto todos sabemos em que ocasião os devemos empregar e que partido podemos tirar deles. Os interessantes dos provérbios é que são muito parecidos nos mais diversos idiomas e culturas. Tal facto deve-se essencialmente a duas razões:

Primeiro porque somos uma só espécie humana e como tal as pessoas de todos os continentes encaram os mesmos problemas na vida. De igual forma todos temos as mesmas características físicas e as mesmas emoções.

Relativamente às influências sociais, todos temos que conviver com o trabalho, o sustento e as relações interpessoais. Uma outra razão porque os provérbios são muito semelhantes em diferentes países tem a ver com a história. Por exemplo, os provérbios dos idiomas de países da Europa têm muito em comum a relação com os Romanos. Vejamos o mesmo provérbio em idiomas diferentes: **Latim** – “sapienti satis verbum”; **Português** - “Para um bom entendedor meia palavra basta”; **Castelhano** - “Al buen entendedor pocas palabras” e em **Inglês** - “A Word to the wise is sufficient”. Para comprovar que os pro-

vérbios são das expressões idiomáticas mais universais, Tirado (2004), refere estudos paramiológicos realizados por professores das Universidades de Duesto e Santiago de Compostela em que depois de realizarem uma busca de correspondências em Castelha-no, Vasco, Galego, Francês e Inglês, encontraram correspondência em 877 provérbios. Tais correspondências apenas, nalguns casos, apresentavam mudança de algumas palavras e estrutura gramatical, contudo com significado similar.

Uma das suas particularidades ou originalidades é a forma de expressão: em poucas palavras, resume-se numa ideia-força, por vezes em termos antinómicos ("Deus dá o mal e a mezinha"); são fáceis de decorar ("Espírito são em corpo são"); têm, por vezes um claro objectivo de crítica social ("Os erros do médico, a terra os come"); ou um simplesmente um propósito didáctico ("O mal do olho coça-se com o cotovelo"), moralizante ("À custa do doente come toda a gente") ou filosófico ("Queres conhecer o teu corpo ? Mata o teu porco"), conforme nos expõe Graça, L. (2000).

O recurso de ordem estética que mais caracteriza os provérbios é a aliteração, a repetição, a harmonia vocálica, o ritmo, a metáfora e a ironia (Brasão, 2004). Este autor defende que a noção de provérbio que emerge da tradição paramiológica Portuguesa compreende cinco características fundamentais traduzidas na fórmula **BRSMN**. **B** (Brevidade); **R** (Ritmo que geralmente é binário); **S** (Simetria, tendendo a privilegiar a redondilha); **M** (Metáfora que é frequente mas não necessária) e **N** (Norma que é corrente e aparece como sugestão ou discreta advertência).

Para Fugikura (s/d) a importância dos provérbios como fonte de conhecimento da realidade é fruto da própria forma de expressão da formulação e o modo como se diz algo torna-se importante. Este autor ressalva ainda que os provérbios constituem poderosos instrumentos para a educação de novas gerações, podendo remeter para a posteridade uma série de preconceitos, que será tanto maior quanto "mais engenhosa for a sua formulação" A análise do provérbio deve ser feita no contexto em que ele é proferido. Como afirma o autor supra citado " *tal com acontece com as palavras ao ficarem prisioneiras do dicionário, assim, os provérbios, retirados do contexto, perdem frequentemente a sua riqueza e até o próprio sentido*".

Na opinião de Miguel (2005), os provérbios são algo mais que a voz do povo. São expressões graciosas, depoimento, caracterização, explanação, descrição, justificação. Este autor considera no entanto que é bem possível que o mesmo provérbio tenha diferentes funções em diferentes contextos.

- Entretenimento ou educacional; transformando um instrumento para criar ou estabelecer certas normas sociais ou comportamentais. Esta função está relacionada com o que

os provérbios de uma determinada sociedade desempenham para o seu sistema de normas e valores. (Grzybek, 1995) citado por Lacas-Ruiz (s/d).

- Para fazer reflexões comparativas entre factos ocorridos e o próprio provérbio. Podem ser utilizados não para uma situação interactiva mas para se referir a uma situação. Dois indivíduos podem-se lembrar de um provérbio após conversarem sobre um facto ocorrido com terceiros. Lacas-Ruiz (s/d).

À guisa de conclusão, acrescentamos a ideia de Heda e Johnson citado por (Bragança Júnior, 1999), onde considera que o provérbio “pretende ensinar o ouvinte, critica o comportamento humano, adverte dos perigos”. Na sua opinião o provérbio faz isto de duas formas:

- Ele dirige-se ao leitor directamente, dizendo-lhe como se comportar ou não comportar; aconselha ou dá ordens ou proibições directas; adverte de perigos e armadilhas e critica o comportamento humano.
- Resume experiências de vida e deixa o ouvinte, ele próprio, tirar conclusões e aplicá-las no futuro para o seu comportamento.

2.2.3 Origem

Alguns são de origem bíblica, latina e erudita (Graça, 2000). A influência árabe (com sua multi-secular presença na Península) é visível em muitos planos, para além da mera tradução de diversos enunciados procedentes do património sapiencial oriental. Os Provérbios remetem à experiência, ao passado. O árabe vale-se do passado até para expressar o futuro! O árabe vê o passado como um bloco homogéneo, vê o futuro como um bloco homogéneo". E o futuro é, para o árabe, determinado pelo passado como tal pode ser expresso em expressões proverbiais (Lauand, 2006). O autor acrescenta ainda que os provérbios são poderosos instrumentos para a educação das novas gerações: para ironizar os defeitos e desmistificar ilusões a respeito da realidade e do ser humano. Ribeiro (2003) é da mesma opinião quando realça o seu valor didáctico por serem verdades e evidências que exprimem de forma simples situações complexas. A grande força dos locuções proverbiais, reside na sua autoridade que é transferida por quem os pronuncia. A difusão, ocorre graças a dois factores. São eles os contactos e a propagação literária. Os contactos englobam os contactos pessoais, relações sociais e migrações, daqui a dificuldade em determinar se um provérbio é genuíno ou não de determinado lugar ou região. A propagação literária envolve como é óbvio toda a difusão que é feita através de obras

literárias (Andrade,s/d). Ao serem transportados de uma região para outra, vão-se adaptando às variações linguísticas. Estas variações ocorrem, tal como já foi referenciado tanto no plano fonológico, sintaxe, semântica ou léxico.

2.2.4 Provérbios e suas repercussões na saúde

“Conforme comemos, assim vivemos”

Como já referimos , os provérbios ao serem frases curtas, insisivas, fáceis de memorizar, encerram conselhos sábios, lições de vida e preceitos definitivos.

No contexto específico da saúde, Azambuja (2004) diz que por serem frases curtas e conterem verdades aparentemente incontestáveis, são gravados instantâneamente por serem ouvidos no exacto momento de uma vivência. Ficam âncorados ao contexto do momento e permanecem no inconsciente. Assim sendo, numa próxima ocorrência do mesmo contexto são automaticamente lembrados pela pessoa e estabelecem o que fazer naquele momento. O autor supra-citado acrescenta que a maioria dos provérbios é ouvida na infância, geralmente vindos de figuras significativas para a criança, passam a funcionar como vereditos, como ordens a serem cumpridas sem apelação e sob pena de punição. Nesta linha de abordagem , formam-se crenças poderosas que governam a vida das pessoas, das quais só se conseguem livrar à custa de muita determinação e esforço, e assim, sentindo remorso ou culpa por contrariarem alguma figura de autoridade da sua vida. Esta opinião é partilhada por Andrade (s/d), ao afirmar que o facto de terem um significado condensado e estrutura bem formada “estão gravados com facilidade na mente do falante e são repetidos com força nova em cada circunstância de vida em comunidade”.

Em muitos dos provérbios que chegaram até aos nossos dias, na opinião de Graça (2000) há uma filosofia sobre **a arte de viver com saúde** em oposição à **arte de curar**, indo beber as suas raízes ao legado da medicina hipocrática e ao seu modelo salutogénico. Relativamente à sua importância, este autor alerta-nos para o facto de existirem provérbios que tem um conteúdo que se baseia no conhecimento empirico milenar dos povos mediterrânicos e que é hoje em dia suportado pela própria investigação farmacológica e biomédica, nomeadamente a importância do consumo moderado de vinho (tinto) na prevenção de doenças cardiovasculares “(*um copo de vinho por dia mantém o médico à distância*)” ou as propriedades terapêuticas do azeite “(*azeite de oliva o mal cura*)”. Azambuja (2004) corrobora desta opinião ao afirma que os provérbios têm grande repercussão na saúde em geral inclusivé a da pele, por terem

algumas bases científicas conforme as evidências da ligação mente-corpo, recentemente revelada pela psiconeuroimunologia”. Tendo em conta o descrito, este autor acrescenta ainda que eles “deveriam ser ensinados nas escolas e, com certeza, concorreriam para formar indivíduos mais voltados para melhorar a saúde em vez de esperar a ocasião de tratar-se de doenças”.

No que respeita à protecção e manutenção da saúde, a filosofia de senso comum é *céptica* em relação ao papel da medicina ("O melhor *médico* é o que se procura e se não encontra"), se não mesmo *sarcástica* ("Se tens físico teu amigo, manda-o a casa do teu inimigo"). Alguns preceitos simples, inevitavelmente associados a uma vida regrada, são recomendados para *conservar a saúde* e, por conseguinte, dispensar os serviços do *médico* e do boticário (Graça, 2000).

Pelo contrário há provérbios que podem ser analisados como puros disparates (Graça,2000; Azambuja,2004). Graça (2000) dá como exemplos “*abafa-te, abifa-te e avinha-te*” ou “*antes embebedar do que constipar*”. Nestes casos, e segundo a autora, os conteúdos proverbiais, reflectem crenças terapêuticas não fundamentadas. No domínio da nutrição , alguns também reflectem preconceitos que têm a ver com a nossa matriz Judaico-Cristã (“*porco fresco e vinho novo, cristão morto*”).

Não tendo a pretensão de fazer a análise individualizada dos provérbios mencionados ao longo do trabalho, não queremos deixar de fazer referência a alguns citados por Azambuja, (2004) onde justifica claramente as suas repercussões na saúde. Vejamos:

“Rir é o melhor remédio” – O riso melhora o estado de saúde, trata a depressão e ajuda a curar as doenças. Quando há motivo para riso, o hipotálamo comanda a produção de endorfinas pela hipófise, substâncias que induzem o relaxamento, o bem estar . O autor destaca a terapia do riso como recurso ferapeutico que é potencializado quando em grupo.

“Pare de fumar enquanto vive” . Este lembrete que funciona como provérbio, encerra uma inegável realidade. O fumo é dos hábitos mais doentios que uma pessoa pode adquirir. O autor mencionado refere a pele como como alvo prevalente da diminuição do aporte de oxigénio causado pela inalação . A pele de quem fuma envelhece muito mais rápido, adquire um aspecto macilento e provoca rugas precoces. A nível do organismo em geral o hábito de fumar tem associado um número elevado de neoplasias em diversos órgãos.

“Prevenir é melhor do que remediar”. A verdade absoluta contida neste provérbio, nem sempre é seguida pelas pessoas e o que Azambuja (2004) considera mais grave, nem pelos médicos. O comodismo e o hedonismo leva as pessoas a abusar do corpo com a

confiança que os médicos resolverão qualquer problema. Assim as pessoas, por exemplo, expõem-se demasiado ao sol provocando alterações na pele, consideradas por elas, como sinal da idade e que na realidade são situações muito mais graves.

“Vida é hoje, ontem já se foi, amanhã talvez não venha”. Este provérbio indica que só “o momento presente está sob nosso controle e que a vida é feita de momentos actuais”. As pessoas saudáveis vivem o agora, que é quando têm poder de opção. É pela atenção ao momento presente que podemos decidir o que é benéfico para nós ou se vamos viver imitando os outros, prejudicando o nosso organismo e “plantando” as bases das doenças e da senelidade.

“Recordar é viver” - O recordar é como que transportar para o tempo e local vivido, sentindo tudo pelos canais de percepção. Vendo o que vimos, ouvindo o que ouvimos e sentindo o que sentimos. Para o organismo, é como se estivesse vivendo novamente a mesma situação. As substâncias químicas que a recordação produz, são as mesmas que as produzidas na vivência original. Neste contexto, é positivo para a saúde recordar factos agradáveis, estimulantes, energisantes, calmantes que nos dêem confiança, capacidade, amor e prazer.

É preciso estar alerta contra recordações que deprimam o sistema imunitário e livrarmos delas imediatamente, porque o cérebro não selecciona o que lhe é comandado. Acrescenta ainda que factos bons, efeitos saudáveis; factos negativos, efeitos mórbidos (Azambuja, 2004).

Considerando os provérbios integrantes do sistema de crenças pode dizer-se que provérbios impulsionadores de acções positivas, são modeladores de saúde, bem estar e felicidade e quanta mais emoção a pessoa sentiu no momento em que ouviu determinado provérbio mais probabilidade de o reter definitivamente; quanto mais importante efectivamente a pessoa que o proferiu mais certeza de se tornar uma ordem interna poderosa. (Azambuja, 2002 & Bragança Júnior, 1999).

3 Aprendizagem nos Diferentes Contextos

A aprendizagem no seu todo é encarada como acção educativa, tem como finalidade ajudar a desenvolver no educando as capacidades que lhe permitam ser capaz de entrar numa relação pessoal com o meio em que vive (Tavares & Alarcão, 1990). É na realidade com base neste conceito e face ao tema em pesquisa, que nos parece importante explicar para compreender até que ponto as mensagens geracionais contribuem também para capacitar as relações do indivíduo com o meio envolvente.

Desde que nascemos, aprendemos muitas coisas como fala contar, valores, resolver problemas, fazer generalizações, etc. Esta capacidade de viver em sociedade, de cultivar atitudes pressupõe tarefas de aprendizagem que para Tavares e Alarcão, (1990). Se podem englobar em três grandes grupos:

1. **Domínio motor** – As que levam ao desenvolvimento e aplicação das capacidades psicomotoras;
2. **Domínio cognitivo** – As que levam à aquisição de informações, ao desenvolvimento de capacidades e estratégias cognitivas, bem como à sua aplicação em situações novas;
3. **Domínio afectivo** – As que têm como objectivos um ajustamento pessoal, a descoberta do sentido profundo das acções e acontecimentos e a aquisição de valores.

Os autores referem-se num contexto de ensino aprendizagem às teorias explicativas da aprendizagem para melhor ajustar os meios pedagógicos como forma de facilitar a aprendizagem. Assim sendo destacam as teorias Behavioristas, o homem é fundamentalmente um organismo que responde a estímulos exteriores de um modo automático mais ou menos fortuito. Referem Thorndike, um defensor desta teoria, em que a aprendizagem consistia em estabelecer a conexão a nível do sistema nervoso, entre o estímulo e reacção, conseguida através de tentativas e erros.

As leis de aprendizagem andam à volta da ideia de que a aprendizagem anda associada a um esforço que é recompensado. São elas:

Lei do efeito. A conexão entre o estímulo e resposta é reforçada ou enfraquecida consoante a satisfação, ou aborrecimento que acompanha a acção;

Lei do exercício ou frequência. A repetição por si só não conduz à aprendizagem, mas resulta em aprendizagem se for acompanhada de resultados positivos;

Lei da maturidade específica. Se um organismo estiver preparado para estabelecer conexão entre o estímulo e a reacção, o resultado será agradável e a aprendizagem efectuar-se-á.

Em relação aos cognitivistas, reagindo aos behavioristas vieram defender que o sujeito interpreta e organiza o que se passa à sua volta em termos de conjuntos e não de elementos isolados. Brunner Psicólogo na área do desenvolvimento e aprendizagem salienta que a aprendizagem é um processo activo do sujeito que apreende, organiza e guarda informação recebida. O conhecimento adquire-se a partir dos problemas que se levantam das expectativas que se criam e descobertas que se fazem.

O movimento humanista vem defender que aprender não se reduz à aquisição de mecanismo de estímulo - reacção. É um processo cognitivo e que se deixa iniciativa para a pessoa descubra o seu caminho num processo de tornar-se pessoa, de auto-realização (Tavares & Alarcão, (1990).

“Filho de peixe sabe nadar”

O processo de aprendizagem e socialização começa inevitavelmente no meio familiar. Esta ideia é defendida por Setton (2002) em que acrescenta ainda que a família pode considerar-se sob dois aspectos:

1. Como um espaço de relações identitárias (afectiva e moral):
2. É responsável pela transmissão de um património económico e cultural que de uma forma privilegiada ou não transmite aos seus descendentes um nome, uma cultura um estilo de vida, moral, ético e religioso. A família modifica-se ao longo dos tempos, mas em termos conceituais continua a ser um sistema de vínculos afectivos, continua, moldando-se e evoluindo como unidade básica de crescimento e experiência (Setton, 2002).

Orsi (2003), afirma ainda que o processo de aprendizagem pressupõe uma historização, ou seja o individuo e o seu contexto precisam de ser reconhecidos e simbolizados. Para isso continua é preciso tempo. É preciso que os pais “gastem”/ dediquem tempo com os filhos e a educação. Nesta linha de pensamento também Sousa e Filho (2008) consideram a família altamente socializadora na medida em que:

- Através do contacto humano, desde que nasce supre as suas necessidades e inicia a construção dos seus esquemas perpetuais, motores, cognitivos, linguísticos e afectivos;
- É o local onde a criança cresce, actua, desenvolve e expõe os seus sentimentos. Experimenta as primeiras recompensas e punições, a primeira imagem de si mesmo, seus primeiros modelos de comportamento e desenvolve um papel importante nas formas de representação do mundo exterior;
- O facto de pertencer a um determinado modelo familiar, já propicia à criança, noções de poder, autoridade, hierarquia, além de lhe permitir outras competências tais como: falar organizar os seus pensamentos, distinguir o que pode e o que não pode fazer;
- As ligações afectivas no interior da família podem ser entendidas como a energia necessária para que a estrutura cognitiva passe a operar, influenciando a velocidade com que se constrói o conhecimento, ou seja a criança ao sentir-se mais segura, aprende com mais facilidade.

Branco (2004) reforça o já defendido por Golmen quando diz que sentimentos negativos, pela sua especificidade neurobiológica são intrusos quando interferem negativamente na atenção e deteriora a memória do trabalho. Ao contrário sentimentos positivos, bem como zelo, confiança conduzem a mais motivação e eficácia na consecução dos objectivos. Assim sendo no contexto da gestão da saúde quer individual quer colectiva, o empowerment poderá ser facilitado se os pais e professores recorrerem à citação dos provérbios num jogo interactivo” como se brincadeira²¹ fosse” usando assim à sabedoria popular como estratégia de motivação.

Pelo exposto, para estes autores, os “apegos” emocionais estão também na base da motivação de aprendizagem. Pelo facto de a criança procurar a aprovação e o amor dos outros, para ela significativos, ela é motivada a pensar e comportar-se como eles desejam, além de basear o seu comportamento no dos progenitores.

Nesta perspectiva, a criança ou jovem ao considerar os pais como modelos, se estes praticarem comportamentos promotores de saúde, inquestionavelmente, filhos tenderão a perpetuar esses mesmos comportamentos. De igual forma se os pais utilizarem os provérbios como estratégias de fazer passar a mensagem positiva de saúde, eles funcionam como forma de elogiar, censurar, aconselhar ou advertir como se refere Conca (1987). Ao elogiar, por exemplo funciona como um reforço positivo e o comportamento tende a ser reproduzido mais vezes tal como nos alertam as teorias psicologia da aprendizagem. Embora não se referindo especificamente ao meio familiar Miguel (2005) afirma que a

²¹ Em Portugal há uma edição denominada provérbios de sempre (edição Expresso) dedicada aos mais novos, constituída por 12 histórias infantis associadas a 12 provérbios acompanhadas com os respectivos CDs

identidade entre palavra e a pessoa se descobre nas atitudes e nas frases de todos os dias "damos crédito às palavras segundo quem as diz, segundo a garantia que merece o que fala"²²" (Miguel, 2005.p.26). É obvio que no contexto familiar, os pais ao funcionarem como entidades credíveis e inquestionáveis estão a contribuir para a capacitação dos seus filhos. Esta capacitação e as cognições são então tanto mais facilitadas quanto maior for a funcionalidade do agregado familiar. Perante esta análise, deixa de fazer sentido o provérbio "faz o que eu digo e não faças o que eu faço" tantas vezes utilizado pelos progenitores quando são confrontados com o seu próprio comportamento também o modelo de aprendizagem social de Bandura, abordado por Gonzales - Pérez e Criado (2003). vai de encontro à análise de (Miguel, 2005) na medida em que considera que a aprendizagem assenta em dois princípios básicos:

1. A interacção recíproca, na qual os factores internos, factores externos ao indivíduo e comportamento influenciam-se mutuamente, tendo influências diferentes em contextos diferentes.
2. Existe uma diferença ente aprendizagem (aquisição de conhecimento) e comportamento (execução observável desse conhecimento) daí que se possam definir quatro elementos de aprendizagem por observação que são eles: a atenção a retenção, a reprodução e a motivação ou interesse.

A **atenção**, na qual existe uma selecção aquilo que prestamos atenção, sendo então muito importante para aprender. Também esta selecção é feita para este autor em função das características do modelo (estatuto/prestigio, competência e valência afectiva), do observador e da actividade em si.

A **retenção** que se observa é codificada, traduzida e armazenada no nosso cérebro e posteriormente ser capaz de repetir o procedimento ou regras.

A **reprodução** consiste em traduzir as concepções simbólicas do comportamento armazenado na memória nas acções correspondentes.

A **motivação** refere-se ao interesse por diferentes actividades, ou seja a aprendizagem está facilitada quando o indivíduo está mais motivado.

Pelo apresentado pode dizer-se que a família é uma unidade básica importante na promoção da continuidade, valores e tradições em termos de aprendizagem em particular e socialização em geral. As tradições estão ligadas à memória colectiva. Tem guardiães na opinião de Beck, Gidedens e Lash (2000). As tradições, bem como esta memória colecti-

²² Sublinhado nosso

va, é um processo activo e social que não pode ser identificado como meras lembranças. A integridade da tradição não deriva da mera persistência ao longo do tempo, mas do contínuo trabalho de interpretação que é levado a cabo para identificar os fios que unem o passado ao presente. Estes autores consideram que continuamente reproduzimos memórias de acontecimentos ou estados passados, sendo estas repetições que conferem continuidade à experiência. “Se nas culturas orais os anciãos são os repositórios e por isso frequentemente guardiões das tradições, não é apenas porque as absorveram mais cedo que os outros, mas porque têm vagar para identificar os pormenores destas tradições em interacção com outros da sua idade e de os ensinar aos mais novos” (Beck, Gidedens & Lash, 2000, p: 61). Ora é de facto esta sapiência, traduzida por inúmeros “guardiões” que através da oralidade vão organizando uma memória colectiva através da linguagem proverbial que consideramos útil em termos de saúde.

Em Síntese

São vários os mecanismos implicados na aprendizagem bem como as interferências na aquisição de conhecimentos. Também são diferentes os contextos de aprendizagem ao longo do ciclo vital. Parece claro que tudo o que se passa em redor do indivíduo em geral e da criança em particular pode influenciar processos cognitivos de várias ordens. Daqui depreende-se ainda que o facto da utilização dos provérbios (se estes forem promotores de saúde) no contexto familiar ou mesmo escolar poderá contribuir também para a aquisição de comportamentos promotores de saúde. Tal como refere Orsi (2003), apesar das transformações constantes que a família tem sofrido, ela vai moldando-se e é importante salientar que continua a ser uma unidade básica de crescimento, experiência, desempenho ou falha, contribuindo assim tanto para o desenvolvimento saudável quanto patológico dos seus membros.

Salienta-se o meio familiar como um espaço importantíssimo na transferência de atitudes, comportamentos e valores de como relacionar-se com os outros. Apesar de não ser explorado o papel da escola e a influência dos amigos não que dizer que não interfiram na aprendizagem, pelo contrário, as teorias de aprendizagem tem sido aprofundadas no âmbito pedagógico como forma de facilitar a aprendizagem aos alunos.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4 Considerações Gerais

“ Quem não arrisca não progride...”

Atrás dos riscos escondem-se oportunidades”

A pesquisa científica tem início no conhecimento vulgar, distanciando-se no entanto nas metodologias e nos princípios utilizados. Como afirma Moraes (1998), nunca é demasiado reflectir que as investigações da Ciência partem das crenças originadas no conhecimento vulgar. Nesta linha de pensamento Cotrin (2002) lembra-nos que por vezes há ideias e opiniões que são reproduzidas irreflectidamente no quotidiano, escondendo por vezes ideias falsas, parciais e até mesmo preconceituosas, no entanto, outras podem revelar profunda reflexão sobre a vida. Consideramos, tal como este autor que o senso comum não passa necessariamente por critérios de verdade ou falsidade mas sim pela falta de fundamentação sistemática.

Este trabalho, procura esta sistematização e fundamentação. Para isso recorreu-se a metodologias mistas, cuja finalidade última é encontrar fundamentação científica em provérbios relacionados com a saúde.

A questão inicial, da qual se desenvolveu o projecto foi: **“Qual a importância dos provérbios no processo de Promoção da Saúde?** De acordo com Martins e Bicudo (1989) quando nos interrogamos estamos caminhando em direcção ao fenómeno naquilo que se manifesta por si através do sujeito que experiencia a situação.

Será também neste sentido, e pelo significado atribuído à evidência das experiências que as lógicas de cada uma das tipologias inerentes às pesquisas qualitativas e quantitativas são diferentes, mas não são incompatíveis.

4.1 A Pertinência da Recusa Exclusiva das Metodologias

A opção como *rationale metodológico* para esta pesquisa prendeu-se com o conjunto de reflexões que alguns autores referem, quando colocam em dúvida se as abordagens qualitativas são puramente exploratórias e indutivas e os métodos quantitativos são unicamente explicativos e dedutivos. A este respeito, atempada e pertinentemente Guba e Lincoln (1989) defendem “ que os métodos qualitativos e quantitativos podem coexistir em qualquer paradigma de investigação e que as considerações metodológicas são secundárias

em relação ao paradigma. Nesta linha de pensamento também Strauss e Corbin (1992) afirmam que para sistematizar e solidificar as abordagens se utiliza por vezes um raciocínio indutivo e outras vezes o método dedutivo, podendo passar constantemente de uma abordagem à outra.

Pelo exposto e tendo presente a escassez de estudos na área, importa salientar que, o que é realmente importante são as contribuições provenientes que cada uma delas pode fornecer no sentido da elaboração de uma base teórica e fundamentada em relação ao fenómeno em estudo.

4.2 A Pertinência da Metodologia Qualitativa

As metodologias quantitativas preocupam-se em avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças. Tratam de probabilidades e associações estatísticas importantes para se conhecer uma realidade. O desconhecimento ou conhecimento superficial sobre a metodologia qualitativa, pode levar a algumas inverdades, e um bom método, é aquele que permite a construção correcta de dados, adequado aos objectivos de investigação e que oferece elementos teóricos de análise. Só quando utilizado dentro dos limites das suas especificidades, poderá dar efectiva contribuição para o conhecimento da realidade (Minayo, 1993).

A perspectiva da investigação qualitativa centra-se no estudo e compreensão acerca das maneiras como os seres humanos interpretam e fazem atribuições de sentidos e significados às suas realidades subjectivas, só por eles experienciadas e portanto só por eles reconhecidas em causa e consequência.

Reconhecer a metodologia qualitativa é reconhecer a necessidade de compreender em profundidade os contextos dos mundos em que e se desencadeiam essas experiências humanas, razão porque – tendo em conta a iliteracia literária e mesmo a iliteracia em saúde - é necessário aceder aos ditos proverbiais para compreender e analisar o sentido e significado do que veio sendo dito (tal como foi explicitado no capítulo da oralidade e da escrita, acerca das mães mulheres educadoras dos núcleos familiares) - elas educadoras de saúde que sucessivamente foram replicados.

Concluindo: a selecção pela metodologia qualitativa neste estudo assume-se tendo em conta os seguintes elementos básicos que sustentam o estudo:

Propósito da investigação ou finalidade:

Este estudo tenta compreender e interpretar os comportamentos e atitudes em saúde que estão nos acontecimentos diários das pessoas e nos significados que as pessoas lhes atribuem, para podermos perceber a magnitude das consequências não só desses comportamentos em saúde mas também do valor que as pessoas lhe atribuem. Mais ainda se acrescenta e como em momento próprio se verificará (no capítulo em que a associação de significados ao conteúdos dos provérbios emerge em categorias) – que é o aspecto comportamental e da promoção que prevalecem no seio da categorização geral em supremacia do tratamento da doença.

a) Natureza da realidade ou do tipo de contexto:

A metodologia qualitativa serve aqui a melhor ferramenta de trabalho para desencadear a interpretar multifactorial em contextos comportamentais da saúde, construída através da interacção humana, holística, ecológica e divergente (Bromfebnner, 1996).

b) Natureza do conhecimento ou episteme:

Partindo do pressuposto que os acontecimentos relacionados com os comportamentos da saúde são compreendidos pelas pessoas através de processo cognitivos e interpretativos que são influenciados pela e na interacção com os contextos histórico, culturais e sociais em que aprendemos a aprender os comportamentos (indutores ou não) da nossa saúde e da prevenção da doença nesta metodologia é usada.

c) Relação entre a pessoa que procura o conhecimento e o objecto de estudo:

Assumindo desde já a possibilidade de alguma subjectividade relacionada com o etnocentrismo, assume-se simultaneamente a constante procura da manutenção de uma isenção atenta através de constantes e sucessivas análise e reflexões críticas, procurando manter o necessário envolvimento a que a metodologia apela, mas mantendo firmemente o distanciamento cognitivo e racional procurando que as interpretações traduzissem o significado do discurso dos elementos da amostra e jamais “ a *paixão etnocêntrica*²³ “ do sujeito executor do estudo.

Por todos os motivos sintética e seguramente expostos, torna-se necessário compreensível que a metodologia qualitativa dá o seu estatuto na área do interpretativismo dos contextos humanos.

²³ Nas palavras de Augusta Veiga Branco na orientação científica de 30 de Maio 2009, aquando da análise comparativa de metodologia e os prós e os contra relacionados da metodologia qualitativa, nomeadamente no que diz respeito aos resultados inferidos a partir das interpretações pessoais do investigador às frases que constituem os provérbios.

“A metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos actos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade colectada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenómeno histórico que é significativo em sua singularidade”. (Minayo, 1992,p.10).

O valor e o critério do método

Embora existindo consenso de que nas abordagens qualitativas não existem regras metodológicas rígidas e inicialmente definidas, tal não é sinónimo de ausência de método e onde “vale tudo”. Tal como a essência das metodologias qualitativas, também este estudo está voltado para a descoberta, tentando de uma forma que julgamos ser elucidativa, procurando explicações, e intencionalidade dos provérbios num contexto de promoção de saúde.

O binómio saúde - doença tem implícita uma carga histórica e cultural e até ideológica que se torna difícil nalgumas situações a quantificação, como tal a metodologia qualitativa foi o caminho predominante neste estudo para penetrar e compreender o significado e a intencionalidade das vivências, e percepção da saúde imbuída nos provérbios.

Assim, e considerando os contextos em análise, a opção pela quantificação, segundo a perspectiva de corroboração científica pareceu-nos também ser importante. Considerou-se que a operacionalização inicial não foi fácil, até porque, foram encontrados estudos deste género, excepto compilações de provérbios de uma forma generalizada. Todavia, houve que regressar à finalidade desta pesquisa, e resgatar aqui o seu objecto de estudo, e, considerada a questão de investigação acima mencionada e os objectivos, continuou a assumir-se que aquilo que estava realmente em plataforma de análise, seria o que originalmente se formulou da seguinte forma e na respectiva ordenação:

- 1 Aceder através da bibliografia cultural disponível - a provérbios identificadores de atitudes e ou comportamentos de saúde e bem-estar.
- 2 Analisar os provérbios encontrados num contexto de Promoção de Saúde.
- 3 Estabelecer uma relação/ análise de conteúdo científico, entre as mensagens – do ponto de vista semântico - dos provérbios, e os conteúdos cientificamente aceites, relacionados com a saúde.
- 3 Indexação dos provérbios.
- 4 Agrupar os provérbios partindo da semântica relativamente ao pré determinado em termos de taxonomia da saúde.

- 5 Identificação categorial de largo âmbito.
 - 6 Identificação sub - categorial dentro de cada uma das três áreas da saúde identificadas.
 - 7 Re-identificação de categorias progressiva e sucessivamente até formar a árvore categorial em anexo III, construída com estatuto de categoria mãe, filhos, netos, bisnetos e trinetos.
 - 8 Assim, reconhece-se – após necessária reflexão – a necessidade de considerar a tipologia quantitativa e qualitativa, não em exclusão – nem tal faria sentido num contexto de cumprimento metodológico e científico – mas sim em inclusão, em interacção, reequacionando o mais útil e considerado eficaz para aceder a este domínio do conhecimento.
- Por isto, considera-se que este só poderia tratar-se de um Estudo Misto. Houve a necessidade de investir também na metodologia quantitativa. Dentro da qualitativa enveredou-se pela investigação fenomenológico, método esse, que nos pareceu ser mais adequado à natureza da nossa investigação. Esta opção fundamentou-se nos pressupostos seguintes:

Abordar a fenomenologia implica necessariamente a compreensão do que é um fenómeno. Fenómeno deriva do grego “phainomenon” e é definido pela enciclopédia Lello Universal (1988) como tudo o que é percebido pelos sentidos ou pela consciência.

Para Emanuel Kunt (1781) na sua obra epistemológica “Crítica da razão pura” em que procura dar uma fundamentação crítica do conhecimento científico acerca da realidade empírica, os fenómenos constituem o mundo como nós o experimentamos.

4.3 Um Argumento em Torno da Fenomenologia

A fenomenologia não surge por acaso. Ao contrário, surge da necessidade de desconstruir o aparentemente e obviamente apresentado como construído. Pese embora as dificuldades em fazer-se reconhecer pelas comunidades já assumidas como científicas, surge por volta do sec XX, como uma ferramenta de trabalho de *estudadores intranquilos*²⁴ que ao tempo tentava então já descrever e compreender os fenómenos que se apresentavam à percepção. O método fenomenológico define-se então como “uma volta às coisas mesmas”. Este, para Kunt, tem como objectivo chegar às essências onde a essência

²⁴ Nas palavras de Augusta Veiga, durante uma Orientação científica, quando se referia aos contextos em que a investigação jornalística e a Escola de Chicago, começaram a atrever-se a investigar tendo como base a análise de conteúdo dos processos discursivos dos sujeitos que vivem e sentem os factos, como os vivem e os sentem.

ou significações (noema) são objectos visados pelos actos intencionais da consciência (noesis).

Realizar uma reflexão sobre os caminhos que a fenomenologia aponta, para a prática de pesquisa em saúde, é um desafio.

A abordagem fenomenológica tem despertado interesse de diversos estudiosos na medida em que surge como um método alternativo ao utilizado nas ciências naturais. E no entender de Terra e cols (2006), tem trazido contribuições valiosas para o conhecimento das múltiplas dimensões e buscam a compreensão do significado da experiência da vida dos seres humanos.

A fenomenologia insere-se num tipo de investigação qualitativa que se dirige aos fenómenos e não aos factos. Como referimos anteriormente fenómeno vem da expressão grega **faíenomenon** e deriva do verbo **fenestai** que significa “mostrar-se a si mesmo”. **fenestai** é a forma reduzida que provém de **faino** e significa trazer à luz do dia.

A fenomenologia procura responder ao filósofo que não se contenta com o conhecimento natural, pouco questionado, pedindo uma clarificação dos conceitos fundamentais da realidade que busca transcender a ingenuidade (Garnica, 1997).²⁵

Este autor acrescenta ainda que, a essência daquilo que se procura no fenómeno, nunca é totalmente apreendida, mas a trajectória da procura possibilita compreensões. É isso que se pretende nesta pesquisa quando tentamos compreender a importância que os provérbios têm no contexto da saúde das populações.

O método fenomenológico pesquisa fenómenos subjectivos na crença em que verdades essenciais acerca da realidade são baseadas na experiência vivida. Nesta perspectiva e no pensar de Queirós (2007) é importante a experiência tal como se apresenta e não o que possamos pensar, ler ou dizer acerca dela.

Do ponto de vista fenomenológico investigar” é questionar o modo como experienciamos o mundo no qual vivemos como seres humanos...é um acto de pesquisar- questionar- teorizar, é um acto de nos ligar ao mundo Van Manen (1990:p.5).

Apesar de existirem inúmeras interpretações metodológicas, a fenomenologia descritiva, de acordo com Terra & cols (2006), envolve com frequência os seguintes quatro passos:

²⁵ Guarnica – professor da faculdade de ciências da UNESP, pós graduação em educação matemática. Pertence à sociedade de estudos e pesquisa qualitativa

1. **colocar entre parentises:** identificar e suspender as crenças e opiniões pré concebidas sobre o fenómeno em estudo. O pesquisador coloca o mundo e qualquer pressuposto entre parênteses, num esforço de confrontar os dados na sua forma pura.
2. **a intuição:** ocorre quando o pesquisador permanece aberto aos significados atribuídos ao fenómeno por aqueles que o vivenciaram.
3. **a fase de análise :** acontece ao extrair declarações significativas, classificar e dar sentido aos significados essenciais do fenómeno.
4. **a fase descritiva:** o pesquisador passa a entender e definir o fenómeno.

Em fenomenologia quando o investigador interroga tem que traçar uma trajectória na tentativa de caminhar em direcção ao fenómeno e na forma como se manifesta (Martins & Bicudo 1989) ²⁶A investigação fenomenológica não parte de um problema mas de uma interrogação. Nesta trajectória, também Boemer (1994) defende que quando o pesquisador interroga está focalizado no fenómeno e não no facto. Quando se pretende avaliar factos, está subjacente a ideia de causalidade, repetitividade e controle. Ao contrário e na opinião da autora atrás citada a fenomenologia segue outro caminho, vai ter princípios explicativos, interroga, não parte do zero e tem uma pré reflexão. Assim o fenómeno precisa de se apresentar enquanto fenómeno, ou seja, algo que pede explicação, que exige um “desvelamento”, uma explicação.

O método fenomenológico não se preocupa em relações causais, mas sim mostrar a essência do fenómeno. Buscar a essência do mundo não é buscar aquilo que o mundo é em ideia, mas é antes buscar aquilo que de facto ele é para nós. Marleau Ponty (1999).

²⁶ Martins e Bicudo tem o Mestrado em Enfermagem fundamental na universidade de S. Paulo. Actualmente professor associado aposentado da Universidade de S. Paulo e muito empenhado na capacitação de pesquisadores segundo referencial metodológico.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Metodologia

Tendo em linha de conta que o objectivo da presente investigação era explorar a temática dos provérbios no âmbito da saúde e obter uma compreensão mais detalhada sobre a existência de fundamento científico, considerou-se útil e inovadora a estratégia utilizada dada a escassez de estudos na área. Como já se referiu anteriormente a opção por metodologias mistas poderá ser uma nuance positiva no sentido de clarificar a compreensão global do fenómeno em estudo.

5.1.1 Constituição da amostra

Tendo presentes as considerações tecidas no capítulo anterior, procura-se neste estudo, a essência em cada provérbio, o qual corresponde a um elemento da amostra.

Nesta investigação, a selecção dos provérbios foi feita a partir de uma compilação dos mesmos, tendo por base livros portugueses no âmbito da parameologia, Ribeiro (2003); Brazão (2004); Parente (2005); Machado (2005) e programas de busca na internet. Através de palavras - chave *Proverbio e saúde; provérbio e vinho; provérbio e alimentação e provérbio e vinho*.

Acedendo à bibliografia cultural disponível - a provérbios identificadores de atitudes e ou comportamentos de saúde e bem-estar procurou-se essencialmente analisar os provérbios encontrados num contexto de Promoção de Saúde bem como estabelecer uma relação/ análise de conteúdo científico, entre as mensagens – do ponto de vista semântico - dos provérbios, e os conteúdos cientificamente aceites, relacionados com a saúde.

Apesar de encontrar muitos mais, noutras línguas que não o Português, foram seleccionados 290 provérbios, todos eles descritos na literatura Portuguesa. De realçar no entanto, tal como descrito em vários documentos muitos deles também utilizados noutros países, onde se salienta a vizinha Espanha.

5.1.2 Procedimentos

No sentido de clarificar e sistematizar procedimentos, depois de reunida a recolha proverbial, procedeu-se à elaboração e numeração dos provérbios seleccionados (Anexo I).

Depois de numerada, foi feita a categorização com respectivas subcategorias tendo por base a taxonomia relativa à saúde, utilizada pela Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde. Tendo presente esta abordagem da saúde e dos cuidados de saúde emergiram as três grandes categorias assumidas aqui como:

1ª - a Promoção da Saúde;

2ª - a Prevenção primária;

3ª - a Prevenção secundária.

Assim, a 1ª categoria, a Promoção da Saúde, por inserir discursos proverbiais nesta área, gera sub-categorias que metodológica e taxonomicamente a inserem em significado e sentido, tomando como base os Estilos de Vida, resultando assim nas seguintes sub-categorias:

- a “Comportamental”; o “Saúde como bem maior”; o “Holismo”; os “Determinantes da saúde”; a “A saúde não é comerciável”; A saúde é comerciável”, “Saúde =beleza”; “Relacionamento/Amizade”e “A ocasião faz o ladrão”.

- a 2ª categoria, a **Prevenção Primária, pelos motivos metodológicos acima citados e respeitados**, gerou as sub-categorias de:

“Há males que vêm por bem”; O sintoma como alerta”e “Mais vale prevenir”.

- e no mesmo método logístico e taxonómico, da 3ª e última categoria **Prevenção Secundária**, emergiram as seguintes sub-categorias:

“Tratamento como desprazer; “O tratamento é sempre possível”; “A doença como desespero”; “A doença como estatuto” e “Ressuscitar”.

Progressiva e consequencialmente, esta árvore categorial progrediu, no sentido de apurar o reconhecimento, a respeito do significado e sentido dos discursos/ fonemas inseridos na Amostra proverbial. Assim:

A sub – categoria, **comportamental gerou ainda**: a “ auto-responsabilização”; a “Advertência aos excessos”; o “Moralismo” e o “comportamental não apetecível”.

A sub categoria dos **determinantes da saúde**, gerou as sub-categorias de: a “alimentação”; o “Exercício físico”; o “Sono e repouso”; o “Consumo de tabaco e drogas”. Dentro da **Alimentação** inclui-se o álcool/vinho; a água, a carne; o sal, o azeite, o peixe e a gordura e costumes alimentares.

Por último a sub- sub-categoria **costumes alimentares** gerou ainda: os “Excessos e frugalidade”; a “Qualidade da matéria-prima”; o “Somos assim” e por fim a “aprender a aceitação”.

O mesmo provérbio inclui-se por vezes em mais do que uma categoria, como se pode constatar na grelha categorial que apresentamos no capítulo que se segue, pois o seu discurso e significado inerente, pode situar-se numa primeira análise na categoria comportamental (por exemplo) e ao mesmo tempo incluir-se numa subcategoria dos determinantes da saúde ou ainda relacionar-se com uma ou outra subcategoria deste.

A 1ª categoria “Prevenção Primária” é subdividida em três subcategorias: “Há males que vêm por bem”, “ O sintoma como alerta” e “ Mais vale prevenir”. Por último A categoria da **Prevenção Secundária** engloba as sub-categorias de: “ tratamento como desprazer”, “O tratamento é possível”, “O meio Hospitalar/medo e desprazer” e “ A doença como desprezo”.

CAPITULO III – RESULTADOS

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Esta pesquisa desenvolveu-se, partindo do que se entende por “Inquérito Naturalista” (Patton, 1990, in Tuckman, B. 2005: 509, 510), ou seja, fazendo um estudo de “fenômenos situacionais discursivos” do mundo real e tal como eles naturalmente vieram emergindo e assim se foram social e culturalmente manifestando e assumindo, para tornar possível a construção de uma “Análise Indutiva” (Patton, 1990, in Tuckman, B. 2005: 509, 510), e assim, “... penetrar nos detalhes e aspectos específicos...” de cada unidade amostral – um provérbio - para finalmente aceder às categorias que foram sendo construídas – tal como foram já expostas - e aceder também às dimensões e inter-relações importantes que se estabelecem entre cada provérbio e respectiva categoria.

Esteve ainda sempre subjacente a preocupação de sistematizar os provérbios que se foram inserindo nas grandes categorias e sucessivamente nas respectivas subcategorias, que foram sendo criadas, ancoradas aos comportamentos inerentes aos determinantes da saúde.

Categoria	Sub-categorias	Sub- Sub-Categorias	Representação do Conteúdo Discursivo dos Elementos da Amostra (Provérbios)
1. Promoção da Saúde	1.1. Comportamental	1.1.1. Auto- Responsabilização	<p>2. A boa saúde vem da cabeça</p> <p>4. Saúde cuidada vida conservada</p> <p>38. Mal viver mal acabar</p> <p>18. Saúde e liberdade, valem uma cidade</p> <p>40. Quem tem doença, abra a bolsa e tenha paciência</p> <p>75. Antes embebedar que constipar</p> <p>76. Baco, tabaco e Vénus reduzem o homem a cinzas</p> <p>77. Cada bucha sua pinga</p> <p>81. Mais pessoas se afogam no copo que no mar</p> <p>85. O pródigo e o bebedor de vinho nunca têm casa nem moinho</p> <p>86. Onde entra o vinho sai a razão</p> <p>87. Quando a cachaça desce, as palavras sobem</p> <p>88. Vinho e mulher levam o homem a perder</p> <p>92. Se bebes para esquecer, paga antes de beber</p> <p>95. Três coisas mudam o homem: a mulher, o estudo e o vinho</p> <p>136. O menino engorda para crescer e o velho para morrer</p> <p>154. Nem sempre galinha nem sempre sardinha</p> <p>155. Para longa vida regra e medida no beber e na comida</p> <p>159. Se queres enfermar, ceia e vai-te deitar</p> <p>162. Comer pouco e beber pouco dá saúde e faz viver</p> <p>165. Comer a horas e vestir a tempo</p> <p>166. Um bom alimento faz o jovem velho</p> <p>167. A esperança não é pão contudo alimenta</p> <p>173. Não comas cru nem andes com o pé nu</p> <p>174. Pão duro, caldo de uvas, salada de carne e deixa a medicina</p> <p>178. Quem come salgado, bebe dobrado</p> <p>179. Todas as indigestões são más e a da perdiz é péssima</p> <p>185. Caldo de galinha, os mortos ressuscita</p> <p>191. Mel de abelha sabe bem e alimenta</p> <p>195. Come caldo, vive em alto, anda quente viverás longamente</p> <p>199. Se não és de bronze deita-te às onze</p> <p>200. Se queres enfermar lava a cabeça e vai-te deitar</p> <p>201. Usa cama de frade e mesa de pobre, terás saúde que farte e alegria que sobre</p> <p>202. Quem come e dorme com todos os males pode</p> <p>203. A quem dorme descansado, dorme-lhe o cuidado</p> <p>204. O corpo na cama se não dorme descansa</p> <p>205. Depois de comer dorme a sesta. depois da ceia passeia</p> <p>206. Um homem bem comido e bem dormido, quer descanso e não ruído</p> <p>207. Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer</p> <p>208. O sono é um bom alimento</p> <p>209. De grandes ceias estão as sepulturas cheias</p> <p>210. Levanta-te às seis, almoça às dez, jantará às seis deita-te às dez : viverás dez vezes dez</p> <p>211. A parte do nosso corpo mais sã é aquela que mais se exercita</p> <p>212. Depois de comer, dormir; depois de cear passos dar</p> <p>213. Para ter saúde, pouca cama, pouco prato e muito sapato</p> <p>214. O movimento se demonstra andando</p> <p>224. Andar, ventura até à sepultura</p> <p>225. Mais vale romper sapatos que lençóis</p> <p>232. Quando pobre come frango, um dos dois está doente</p> <p>236. Toma caldo, vive em alto, anda quente - viverás longamente</p> <p>243. Casa sem luz tomba os vivos</p> <p>250. Quem quiser medrar, viva em pé de serra ou perto do mar</p> <p>251. Mijar claro é dar uma figa ao médico</p> <p>252. O homem velho é médico de si</p>

		1.1.2. - Advertências/ Excessos	<p>253. Pés quentes, cabeça fria, boa urina, merda para a medicina</p> <p>258. Mais vale perder um minuto na vida do que a vida num minuto</p> <p>259. Mais vale prevenir que remediar</p> <p>260. Mais vale um pé no travão, do que dois no caixão</p> <p>267. Nem com cada mal ao médico nem com cada dúvida ao letrado</p> <p>268. Para longa vida, regra e medida no beber e na comida</p> <p>269. Pés quentes cabeça fria , coração bom, ventre desembaraçado é desprezar a medicina</p> <p>270. Quando a cabeça não tem juízo o corpo é que paga</p> <p>272. Quem bem urina escusa medicina</p> <p>275. Vale mais uma onça de cautela que uma arroba de botica</p> <p>279. Tendo saúde e comendo bem, o trabalho não mata ninguém</p> <p>282 Quem ao ano andou, e aos dois falou bom leite mamou</p> <p>283. Quem grande peido dá, do cu se atreve</p>
			<p>3. A saúde não é conhecida senão quando é perdida</p> <p>5. A saúde como a fortuna, deixa de favorecer os que abusam dela</p> <p>27. O mal entra às braçadas e sai às polegadas</p> <p>28. A doença vem a cavalo e bem a pé</p> <p>31. Trabalhar sem comer é cegar sem ver</p> <p>33. Tudo tem remédio menos a morte</p> <p>40. Quem tem doença abra a bolsa e tenha paciência</p> <p>41. Doença longa morte lenta</p> <p>48. Caracóis picantes com vinho abundante</p> <p>49. Ao presunto e ao vinho bom golpe de vinho</p> <p>50. Com peras vinho beber</p> <p>51. Depois de um arroz, peixe e toucinho, bebe-se um bom vinho</p> <p>52. Vinho sobre melancia faz pneumonia</p> <p>53. Vinho com melancia faz azia</p> <p>59. Bebe vinho mas não bebas o siso</p> <p>65. Nada faz como o vinho se tomado com tino</p> <p>80. Livra-te de mau vizinho e de excesso de vinho</p> <p>88. Vinho e mulher levam o homem a perder</p> <p>128. Come para viver e não vivas para comer</p> <p>129. De fome ninguém morreu mas do muito que comeu</p> <p>134. Se és velho comilão encomenda o teu caixão</p> <p>143. Come como são e bebe como doente</p> <p>145. De grandes ceias estão as sepultura cheias</p> <p>148. Gota é mal de rico; cura-se fechando o bico</p> <p>149. Mais cura dieta que lanceta</p> <p>150. Mais mata a gula que a espada</p> <p>151. Menino bolsador menino engordador</p> <p>152. Moças, quem vos deu tão ruins dentes? Água fria e castanhas quentes.</p> <p>153. Pela boca morre o peixe</p> <p>155. Para longa vida, regra e medida no beber e na comida</p> <p>156. Por cima de comer nem um escrito ler</p> <p>157. Quem caga e come não morre de fome</p> <p>160. Comer forçado é pecado</p> <p>164. Come pouco e bebe pouco e dormirás como um louco</p> <p>167. A esperança não é pão contudo alimenta</p> <p>178. Quem come salgado bebe dobrado</p> <p>184. A mesa mata mais gente que a guerra</p> <p>201. Usa cama de frade e mesa de pobre, terás saúde que farte e alegria que sobre</p> <p>206. Um homem bem comido e bem bebido quer descanso e não ruído</p> <p>207. Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer</p> <p>209. De longos sonos e grandes ceias estão as sepulturas cheias</p> <p>210. Levanta-te às seis, almoça-te às dez, jantarás as seis, deita-te as dez : viverás dez vezes dez</p> <p>229. Água como boi, vinho como rei</p> <p>254. A ferrugem gasta o ferro e o cuidado o coração</p> <p>255. Quem se ralou já morreu</p> <p>269. Pés quentes cabeça fria, coração bom, ventre desembaraçado é desprezar a medicina</p> <p>275. Vale mais uma onça de cautela que uma arroba de botica</p> <p>279. Tendo saúde e comendo bem, o trabalho não mata ninguém</p>

		<p>6. Saúde e inteligência são duas bênçãos da vida</p> <p>31. Trabalhar sem comer é cegar sem ver</p> <p>33. Tudo tem remédio menos a morte</p> <p>48. Caracóis picantes, vinho abundante</p> <p>60. As palavras de um homem bêbado são os pensamentos de um homem sóbrio</p> <p>74. Afoga-se mais gente em vinho que em água</p> <p>79. Do vinho e da mulher, livre-se o homem se puder</p> <p>80. Livra-te do mau vizinho e do excesso de vinho</p> <p>81. Mais pessoas se afogam no copo do que no mar</p> <p>85. O pródigo e o bebedor de vinho nunca tem casa nem moinho</p> <p>88. Vinho e mulher levam um homem a perder</p> <p>92. Se bebes para esquecer paga antes de beber</p> <p>102. É louco o conselho de quem bebeu</p> <p>103. Cachaceiro não tem segredo</p> <p>121. A água lava tudo menos a má-língua</p> <p>128. Come para viver e não vivas para comer</p> <p>129. De fome ninguém morreu mas do muito que comeu</p> <p>130. Comer e ralhar é só começar</p> <p>131. Come o que tens e não o que sonhas</p> <p>133. Comida sem pão é comida de lambão</p> <p>134. Se és velho comilão encomenda o teu caixão</p> <p>136. O menino engorda para crescer e o velho para morrer</p> <p>143. Come como são e bebe como doente</p> <p>145. De grandes ceias estão as covas cheias</p> <p>146. De fome ninguém morreu mas do muito que comeu</p> <p>148. Gota é mal de rico; cura-se fechando o bico</p> <p>149. Mais cura dieta que lanceta</p> <p>150. Mais mata a gula que a espada</p> <p>152. Moças, quem vos deu tão ruins dentes? Água fria e castanhas quentes</p> <p>153. Pela boca morre o peixe</p> <p>155. Para longa vida regra e medida no beber e na comida</p> <p>156. Por cima de comer nem um escrito ler</p> <p>157. Quem caga e come não morre de fome</p> <p>158. Quem não é para comer não é para trabalhar</p> <p>159. Se queres enfermar, ceia e vai-te deitar</p> <p>160. Se és velho comilão encomenda o teu caixão</p> <p>163. Comer forçado é pecado</p> <p>164. Come pouco, e bebe pouco e dormirás como um louco</p> <p>167. A esperança não é pão mas alimenta</p> <p>171. Fambre e fiado sabem bem e fazem mal</p> <p>173. Não comas cru, nem andes com o pé nu</p> <p>176. Pobre só come carne quando morde a língua</p> <p>185. Caldo de galinha os mortos ressuscita</p> <p>193. A comida sem sal não faz bem nem faz mal</p> <p>199. Se não és de bronze deita-te às onze</p> <p>207. Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer</p> <p>227. O que não fuma nem bebe o diabo o leva por outro caminho</p> <p>268. Para longa vida, regra e medida no beber e na comida</p> <p>271. Quem bem vive bem morre</p> <p>274. Tenhamos saúde e paz e teremos assaz</p> <p>275. Vale mais uma onça de cautela que uma arroba na botica</p> <p>276. O trabalho dá saúde</p> <p>277. O trabalho não mata ninguém</p>
--	--	--

1.1.3. – Moralismo

		1.1.4. Comportamental / Não Apetecível	<p>1. A única maneira de conservar a saúde é comer o que não queres, beber o que não gostas e fazer o que se prefere não fazer</p> <p>21. Não chames virtude ao que te faz perder a saúde</p> <p>139. Aquilo que sabe bem ou é pecado ou faz mal</p>
	1.2 – Saúde... Bem Maior		<p>7. Saúde e paz todo o resto vem atrás</p> <p>8. A saúde do ser humano é a alegria</p> <p>9. A saúde é maior riqueza</p> <p>11. De que servem os bens se saúde não tens</p> <p>12. Saúde e paz, dinheiro trás</p> <p>15. A saúde vale mais do que o dinheiro</p> <p>25. Quem tem saúde tem tudo, quem não tem saúde não tem nada</p> <p>233. Deus te dê saúde e gozo e casa com quintal e poço</p> <p>251. A saúde não se aprecia, basta que chegue a doença</p> <p>262. Não há dinheiro que pague a saúde</p> <p>269. Pés quentes, cabeça fria, coração bom, ventre desembaraçado e desprezar medicina</p> <p>274. Tenhamos saúde e paz e teremos assaz</p> <p>279. Tendo saúde e comendo bem o trabalho não mata ninguém</p>
	1.3. – Holismo		<p>13. Saúde pouca mais vale nenhuma</p> <p>20. Para pouca saúde mais vale morrer</p> <p>23. O saber é para a alma o que a saúde é para o corpo</p> <p>24. Cuida da vida que a morte está certa</p> <p>95. Três coisas mudam um homem: a mulher o estudo e o vinho</p> <p>96. Vinho turvo, madeira verde e pão quente, são três inimigos da gente</p> <p>127. Um bom alimento faz bom entendimento</p> <p>138. Anda quente, come pouco, bebe assaz e viverás</p> <p>141. Boca que apetece, coração que desejas</p> <p>161. Vinho que baste, casa que farte, pão que sobre e seja eu pobre</p> <p>167. A esperança não é pão contudo alimenta</p> <p>173. Não comas cru, nem andes com o pé nu</p> <p>174. Pão duro caldo de uvas, salada de carne e deixa a medicina</p> <p>181. Flores contentam contudo não alimentam</p> <p>183. Come pouco anda abrigado e dorme bem se queres viver são</p> <p>195. Come caldo, vive em alto, anda quente viverás longamente</p> <p>206. Um homem bem comido e bem bebido quer descanso e não ruído</p> <p>208. O sono é um bom alimento</p> <p>211. A parte do nosso corpo mais sã é aquela que mais se exercita</p> <p>226. Quem corre por gosto não cansa</p> <p>232. Quando pobre come frango um dos dois está doente</p> <p>233. Deus te dê saúde e gozo e casa com poço e quintal</p> <p>234. Onde não entra o sol entra o médico</p> <p>236. Toma caldo vive em alto, anda quente e viverás longamente</p> <p>246. Casa em que caibas, vinho quanto bebas, terra quanto vejas</p> <p>252. Homem velho é médico de si</p> <p>254. A ferrugem gasta o ferro e o cuidado o coração</p> <p>271. Quem bem vive bem morre</p> <p>272. Quem bem urina escusa medicina</p>

	1.4. – Determinantes da saúde	1.4.1. – Alimentação	1.4.1.1. - Vinho / Alcool	<p>68. Vinho, mulheres e tabaco põem um homem fraco</p> <p>69. O bom vinho de si é padrinho</p> <p>70. Deitar em vinhas, acordar em fontes</p> <p>71. Vinho, azeite e amigo o mais antigo</p> <p>72. A cachaça tira o juízo mas dá coragem</p> <p>73. Abafa-te, avinha-te e abifa-te</p> <p>74. Afoga-se mais gente em vinho do que em água</p> <p>75. Antes embebedar do que constipar</p> <p>76. Baco, tabaco e Vénus reduzem o homem a cinzas</p> <p>77. Cada bucha sua pinga</p> <p>78. Come carne de ontem, peixe de hoje, vinho do outro verão fazem o homem são</p> <p>84. Nada escapa aos homens senão o vinho que as mulheres bebem</p> <p>85. O pródigo e o bebedor de vinho nunca têm casa nem moínho</p> <p>86. Onde entra o vinho sai a razão</p> <p>87. Quando a cachaça desce as palavras sobem</p> <p>88. Vinho e mulher levam o homem a perder</p> <p>89. Bebe leite e bebe vinho e de velho estarás como um “ninho”</p> <p>90. Vinho doce bebe-se como se nada fosse</p> <p>91. Se bebes demais tropeças e caís</p> <p>92. Se bebes para esquecer paga antes de beber</p> <p>94. Vinho e mouro não é tesouro</p> <p>95. Três coisas mudam um homem, a mulher o estudo e o vinho</p> <p>96. Vinho turvo, madeira verde e pão quente, são três inimigos da gente</p> <p>97. Bebe o vinho e deixa-o antes que ele se ria de ti</p> <p>98. Beber para esquecer</p> <p>99. Bebidas forte homens fracos</p> <p>100. Bebeu, jogou, furtou: beberá, jogará, furtará</p> <p>101. Onde entra o vinho sai o saber</p> <p>102. É louco o conselho de quem bebeu</p> <p>103. Cachaceiro não tem segredo</p> <p>124. Azeite e vinho bálsamo divino</p> <p>142. Carne que baste vinho que farte, pão que sobre</p> <p>177. Porco fresco e vinho novo, cristão morto</p> <p>180. Um copo de vinho por dia, mantém o médico à distância</p> <p>190. Carne branda e vinho puro alimento seguro</p> <p>228. Quem vinho não tem água bebe</p> <p>229. Água como boi, vinho como rei</p> <p>230. O bebedor valente, passa de vinho a aguardente</p>
--	--------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--

			1.4.1.2. - Água	<p>104. Água fervida é meia vida 105. Água fervida alimenta a vida 106. Água danificada fervida ou coada 107. Água fria lava e cura 108. Água corrente não mata gente 109. Água de lagoa não é boa 111. Água corrente esterco não consente 112. Água detida má para bebida 113. Água silenciosa é sempre perigosa 114. Água viva é vida parada é morte 115. Águas paradas cautelas com elas 116. Água estancada, água envenenada 117. Água que hei-de beber deixai-a correr 118. Em água corrente não há mal que venha à gente 119. Água corrente, água inocente 120. Só percebemos o valor da água depois que a fonte se seca 121. A água lava tudo menos a má-língua 289. Quando a fonte seca é que a água tem valor</p>
			1.4.1.3. – Pão	<p>96. Vinho turvo, madeira verde e pão quente são três inimigos da gente 126. Pão quente pede azeite 135. Uvas pão e melão é sustento de nutrição 142. Carne que baste, vinho que farte e pão que sobre 174. Pão duro, caldo de uvas, salada de carne e deixa a medicina 194 Onde não há fome não há pão duro 196. Na falta de pão, tortas são boas 290. Pão com pão, é comida de tontos</p>
			1.4.1.4. – Carne	<p>78. Carnes de ontem, peixe de hoje, vinho do outro Verão fazem o homem são 142. Carne que baste, vinho que farte e pão que sobre 190. Carne branda, vinho puro alimento seguro 232. Quando pobre come frango, um dos dois está doente</p>
			1.4.1.5. Azeite	<p>71. Vinho, azeite e amigo o mais antigo 124. Azeite e vinho bálsamo divino 125. A melhor cozinheira é a azeiteira 126. Pão quente pede Azeite 169. Azeite de Oliva todos os males tira</p>
			1.4.1.6. Peixe	<p>78. Carnes de ontem, peixe de hoje, vinho do outro Verão fazem o homem são 175. Peixe não puxa carroça</p>
			1.4.1.7. Sal	<p>178. Quem come salgado bebe dobrado 192. Comida sem sal a doentes não faz mal</p>
			1.4.1.8.- Gordura	<p>123. A gordura é a capa dos defeitos 147. Gordura é formosura</p>

				1.4.1.9.1. Empatia	127. Um bom alimento faz bom entendimento
				1.4.1.9.2. Excessos frugalida- de	128. Come para viver e não vivas para comer 129. De fome ninguém morreu, mas sim do muito que comeu 133. Comida sem pão é comida de lambão 163. Comer forçado é pecado 166. Um bom alimento faz o jovem velho 169. Comer pouco e pouco beber, dá saúde e faz viver 142. Carne que baste, vinho que farte e pão que sobre 149. Mais cura a dieta que a lanceta 184. A mesa mata mais gente que a guerra 201. Usa cama de frade e mesa de pobre, tens alegria que farte e saúde que sobre 210. Levanta-te às seis, almoça-te às dez, janta às seis, deita-te às dez, viverás dez vezes dez 134. Se és velho comilão, encomenda o teu caixão 136. O menino engorda para crescer e o velho para morrer 145. Das grandes ceias estão as covas cheias 148. Gota é mal de rico, cura-se fechando o bico
				1.4.1.9.2. Qualidade de Matéria Prima	135. Uvas pão e melão é sustento de nutrição 168. A laranja de manhã é ouro, à tarde prata e à noite mata 198. A banana de manhã é ouro, à tarde prata e à noite mata 189. Galinha velha faz bom caldo 185. Caldo de galinha, o morto ressuscita 191. Mel de abelhas, sabe bem e alimenta 182. Leite desnatado alimenta pouco ou nada 282. Quem ao ano andou e aos dois falou, bom leite mamou
				1.4.1.9.2. Somos Assim...	130. Comer e coçar, é só começar 132. Comer e ralhar é só começar 147. Gordura é formosura 208. O sono é um bom alimento 236. Toma caldo, vive em alto, anda quente e vive- rás longamente 140. Barriga cheia, cara alegre 144. Come, que a hora de comer é a da fome
				1.4.1.9.2. Aprender a aceita- ção	131. Come o que tens e não o que sonhas 197. Comida que escasseia, bem se saboreia 137. A fome é a melhor cozinheira

		1.4.2 – Exercício Físico	<p>211. A parte do nosso corpo mais sã é aquela que mais se exercita</p> <p>212. Sobre o comer, dormir, sobre cear passos dar</p> <p>213. Para ter saúde, pouca cama, pouco prato e muito sapato</p> <p>214. O movimento se demonstra andando</p> <p>215. Uma caminhada de mil léguas, começa com o primeiro passo</p> <p>216. Sete ofícios e nenhum exercício</p> <p>217. Contra todo o ócio, bom exercício</p> <p>219. O corpo não deita raízes</p> <p>220. Parar é morrer</p> <p>221. O braço quer peito e a perna quer leito</p> <p>223. Homem bem mantido, se quer estar são, faça exercício</p> <p>224. Andar, ventura até à sepultura</p> <p>225. Mais vale romper sapatos que lençóis</p> <p>226. Quem corre por gosto não cansa</p>
		1.4.3. - Sono e Repouso	<p>202. Quem come e dorme com todos os males pode</p> <p>203. Quem dorme descansado, dorme-lhe o cuidado</p> <p>204. Corpo na cama senão dorme descansa</p> <p>205. Depois de comer dorme a sesta, depois da ceia passeia</p> <p>207. Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer</p> <p>208. O sono é um bom alimento</p>
		1.4.4. Consumo de tabaco e drogas	<p>67. Tabaco e aguardente transformam os sãos em doentes</p> <p>68. Vinho mulheres e tabaco põem o homem fraco</p> <p>76. Baco tabaco e Vénus reduzem o homem a cinzas</p>
		1.5. A Saúde Não é comerciável	<p>16. Em havendo dinheiro há tudo menos saúde</p> <p>26. Saúde e geração não se apura</p> <p>186. A saúde não se compra</p> <p>256. Mais vale a saúde que o dinheiro</p> <p>257. Mais vale boa saúde que pesada bolsa</p> <p>262. Não há dinheiro que pague a saúde</p>
		1.6. - A Doença é Comerciável	<p>35. A doença é celeiro do médico</p> <p>40. Quem tem dinheiro abra a bolsa e tenha paciência</p> <p>267. Nem com cada mal ao médico nem com cada dúvida ao letrado</p> <p>275. Mais vale uma onça de cautela que uma arroba de botica</p> <p>287. Um doente come pouco e gasta muito</p>
		1.7. - Saúde / Beleza	<p>17. Jovem é quem está são, ainda quem tenha oitenta anos e velho é doente ainda que tenha vinte</p> <p>19. Saúde e alegria beleza cria</p> <p>22. Juventude sem saúde é decrepitude</p> <p>166. Um bom alimento faz um homem velho</p>
		1.8. Relacionamento/Amizade	<p>71. Vinho azeite e amigo o mais antigo</p> <p>94. Vinho e mouro não é tesouro</p> <p>95. Três coisas mudam o homem: a mulher, o estudo e o vinho</p>

	1.9. A Ocasão faz o Ladrão	82. Malandro não tem vícios, só fuma e bebe quando joga 83. Na taberna enquanto bebes, na igreja enquanto rezas
Prevenção Primária	2.1. Há Males que vêm por bem	3. A saúde não é conhecida senão quando é perdida 10. Não há nada pior para a saúde do que a gente estar doente 14. Só se dá valor à saúde, quando se está doente 127. Há males que vêm por bem 256. O homem velho é médico de si 273. Comer a horas vestir a tempo
	2.2. - O sintoma como Alerta	29. Tosse, amor e febre ninguém esconde 30. Tosse seca trombeta de morte 34. A doença e a dor conhecem-se na cor 44. Fora de horas urinar, é sinal de enfermar 45. Febre outonal ou longa ou mortal 152. Moças quem vos deu tão ruins dentes? Água fria e castanhas quentes 172. Laranja antes do natal, livra-te de catarral 244. "Quem dói a mó procura o barbeiro" 251. Mijar claro é dar um a figa ao médico
	2.3. - Mais Vale Prevenir...	192. Comida sem sal a doentes não faz mal 193. A comida sem sal não faz bem nem mal 207. Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer 242. No quente é que -se cura a gente 258. Mais vale perder um minuto na vida do que a vida num minuto 259. Mais vale prevenir que remediar 260. Mais vale um pé no travão do que dois no caixão 170. Cautela e caldo de galinha nunca fizeram mal a doentes

Prevenção Secundária	3.1- O Tratamento Como Desprazer	32. Tudo o que arde cura e o que aperta segura
	3.2- O tratamento é possível	33. Tudo tem remédio menos a morte 39. Doenças há que o tempo as cura 42. Em qualquer doença, remédio é paciência 46. Deus dá o mal e mezinha 47. Assumir a doença é o primeiro passo para a cura 170. Cautela e caldo de galinha nunca fizeram mal a doentes 185. Caldo de galinha os mortos ressuscita 242. No quente é que se cura a gente 288. Na hora da morte, não vale a pena tomar remédio. 185. Caldos de galinha os mortos ressuscita
	3.3. O Meio Hospitalar /Medo e Desprazer	37. Mal por mal antes cadeia que hospital 231. A doença como punição e expiação e o hospital como instituição totalitária
	3.4. - A Doença como Desespero	43. A maior doença vence a paciência 110. Quando o mal é de morte o remédio é morrer 231. A doença como punição e expiação e o hospital como instituição totalitária 288. Na hora da morte, não vale a pena tomar remédio. 255. Quem se ralou já morreu

Neste momento do estudo – e como se pode verificar ao longo dos sucessivos quadros - serão expostas as dimensões e inter-relações importantes que dão corpo ao objecto de estudo, ou seja, quanto dos conteúdos dos provérbios se faz corroborar cientificamente. Assim, e como poderemos constatar, que da amostra constituída pelos 290 provérbios seleccionados, verifica-se que a grande maioria (250) ou seja 86,2% do total, se relacionam com a Promoção da Saúde, e apenas um total de 13,8% dizem respeito à Prevenção Primária e Secundária, sendo 22 e 18 provérbios respectivamente.

Quadro 18 - Distribuição dos valores absolutos dos elementos da amostra e respectiva inserção em cada uma das categorias encontradas

CATEGORIAS	Nº de Provérbios	%
“Promoção da Saúde “	250	86,2
“Prevenção primária”	22	7,6
“Prevenção secundária”	18	6,2
Total	290	100%

No quadro 19 pode constatar-se na categoria da promoção e subcategoria comportamental, encontrámos 67 provérbios que apelam à auto responsabilização. Sendo que 48 deles fazem referência aos excessos e/ou fazem directamente advertência a determinado comportamento.

Quadro 19 - Distribuição dos provérbios segundo sub - categoria comportamental

Promoção da Saúde “Comportamental”	Nº de provérbios
Auto responsabilização	67
Advertência /excessos	48
Moralismo	53
Não apetecível	3
Total	171

Verificou-se ainda que dos provérbios estudados, na categoria comportamental, foram encontrados 13 provérbios que salientam a saúde como um “Bem Maior” e 29 provérbios que evidenciam na sua semântica o conceito de “holismo”. Ao procurar categorizar as mensagens proverbiais que se referem directa ou indirectamente aos determinantes da saúde encontraram-se 104, dos quais 81 fazem alusão à alimentação e/ou práticas alimentares, seguindo-se os provérbios que salientam o exercício como uma prática salutar (14 provérbios).

Quadro 20 - Distribuição dos provérbios segundo os determinantes da saúde

Comportamental “Determinantes da saúde”	Nº de provérbios Encontrados
Alimentação	81
Exercício Físico	14
Sono e Repouso	6
Consumo de tabaco/drogas	3
Total	104

Pela análise do quadro 21, verifica-se que a quase metade dos provérbios que englobam a alimentação (39 de um total de 81) fazem referência ao vinho / álcool, sendo que a água vem logo a seguir com 18 provérbios. A gordura, sal e azeite aparece em *exaequo* com uma frequência de dois.

Quadro 21 - Distribuição de provérbios pelas subcategorias da “alimentação”

Determinantes da saúde “Alimentação”	Nº de provérbios Encontrados
Consumo de vinho/álcool	39
Água	18
Pão	8
Carne	5
Azeite	5
Peixe	2
Sal	2
Gordura	2
Total	81

De entre os excessos comportamentais, que podem ser cometidos, os excessos praticados no que se refere à alimentação bem como a frugalidade encontraram-se 15 provérbios e 8 que fazem alusão à matéria-prima utilizada.

Quadro 22 - Distribuição dos provérbios da categoria subcategoria costumes alimentares

“Costumes alimentares”	Nº de Provérbios Encontrados
Excessos /Frugalidade	15
Qualidade da matéria-prima	8
Somos assim	7
Aprender a aceitação	3
Total	33

Ainda na grande categoria da “Promoção da Saúde”, e relativamente aos provérbios que fazem alusão de que a saúde não é comerciável encontraram-se seis, ao invés, os que se referem à doença como algo que fica caro e que pressupõe comercialização encontramos cinco.

A referência à saúde como sinónimo de beleza e jovialidade na linguagem proverbial, aparece com uma frequência de quatro.

De referir ainda que encontramos dois provérbios que dão ênfase a que ocasião faz o ladrão, ou seja os momentos e o local em que se desenvolvem as acções proporcionam determinados tipos de comportamentos. No âmbito da prevenção primária, num total de 22 provérbios encontrados, verifica-se o mesmo número de provérbios tanto na subcategoria “mais vale prevenir e na subcategoria “ o sintoma como alerta”. A subcategoria “há males que vêm por bem” inclui 6 provérbios.

Quadro 23 - Distribuição dos provérbios por subcategorias que englobam a prevenção primária

“Prevenção primária”	Nº
Mais vale prevenir	8
Há males que vêm por bem	6
O sintoma como alerta	8
Total	22

Pela análise do quadro 24, verifica-se que, dos provérbios encontrados e que se referem à prevenção secundária, a subcategoria “o tratamento é sempre possível” é aquela em que recaem mais provérbios (10). Segue -se com cinco provérbios, a subcategoria “ a doença como desespero”.

Quadro 24 - Distribuição dos provérbios por subcategorias que englobam a prevenção Secundária

“Prevenção Secundária”	Nº
O Tratamento é sempre possível	10
A Doença como desespero	5
O Meio Hospitalar /Medo/Desprezo	2
O tratamento como desprazer	1
Total	18

De salientar ainda que apenas foi encontrado um provérbio na categoria “ a doença como estatuto”.

Como se pode verificar no quadro 25, da pesquisa efectuada, dos 290 provérbios, em 164 (56,55%), encontrou-se corroboração científica e não se encontrou corroboração científica em 126 provérbios (43,45%).

Quadro 25 - Distribuição dos provérbios em função da corroboração científica

Provérbios	Nº	%
Com corroboração científica	164	56,55
Sem corroboração científica	126	43,45
Total	290	100,00

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Trabalho que não é remunerado não é valorizado”

Retomando os objectivos iniciais que nortearam esta pesquisa, (não esquecendo o contributo que o mesmo pode dar aos profissionais de saúde, bem como à comunidade científica) impõem-se agora a questão do rigor e qualidade científica. Os dados obtidos foram ganhando relevância à medida que confrontados com o defendido com experts neste âmbito, bem como resultados de estudos científicos.

Partindo do pressuposto que “A temporalidade do homem não se mede com relógio, a cada momento, ele carrega o seu passado e o seu futuro. O que existe em verdade é o presente, onde se concentra todo um passado vivido e todo o nosso futuro a viver”. (Sou-to, 2003, p. 49), procurou-se então, encontrar um fio condutor de um passado longínquo à realidade actual.

O que se foi construindo com os resultados encontrados parece ser possível constituir-se uma teoria de Promoção da Saúde por se revelar uma existência consistente de um grande número de provérbios e a sua relação fundamentada em pesquisas científicas.

Pela pesquisa efectuada no âmbito da saúde e as diferentes formas de a promover, fica a certeza de que muitos preceitos actuais, recomendações defendidas pela comunidade científica, estão implícitos ou explícitos numa grande maioria de provérbios. Segue-se a discussão pela sequência que se apresentou na grelha das Categorias e Subcategorias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Apesar de este conceito ser mais utilizado nas últimas décadas, foram encontrados provérbios que explicitamente reforçam comportamentos promotores de saúde. Promoção da Saúde e estilo de vida são conceitos que encerram implicitamente todos os princípios da segunda revolução da saúde (Ribeiro, 1998).

Harris e Guten (1979) conduziram uma investigação onde visavam identificar os comportamentos protectores de saúde. Através de *cluster analysis* identificaram cinco grupos de comportamentos.

- A) Práticas de saúde - comer de forma razoável, evitar resfriados, fazer exercício, dormir em qualidade e quantidade, limitar o consumo de determinados alimentos, vigiar o peso, entre outros;
- B) Práticas protectoras tais como verificar o estado de funcionamento dos utensílios, consertar as coisas e ter um estojo de 1^{os} socorros;
- C) Cuidados preventivos de saúde onde se podem incluir a verificação da tensão arterial, saúde oral e avaliar o estado de saúde em geral;
- D) Evitar os riscos do meio ambiente tais como áreas perigosas, zonas de crime ou áreas de poluição;
- E) Evitar substâncias perigosas tais como o tabaco e bebidas alcoólicas.

É justamente nestes contextos e diferentes práticas que se enquadram grande parte dos provérbios pesquisados. O conteúdo das práticas de saúde são visíveis nos provérbios "Água fervida é meia vida", "Uvas, pão e melão é sustento de nutrição", "Corpo na cama, se não dorme descansa" e "Andar, ventura até à sepultura". Estes provérbios citados, encontram fundamento no grupo A); Em relação ao provérbio "Respirar mau ar é beber a morte" tem implícito o efeito nefasto, embora de uma forma metafórica, da poluição do ar que se respira (grupo D).

Indo de encontro aos autores supra citados, noutra investigação que analisava o modo como os comportamentos com a saúde se agrupavam, baseados numa análise factorial de dados, Tall e Goldental (1982) sintetizaram três factores: O primeiro reflectia as actividades de promoção; o segundo, as actividades que visam evitar o risco e por último a falta de consciência da necessidade de boas práticas de saúde. Nesta linha de análise, o provérbio "Mais vale um pé no travão do que dois no caixão" parece continuar actual, pois visa evitar claramente o risco (segundo factor atrás referido) de acidentes rodoviários, hoje um problema de saúde pública com elevada taxa de mortalidade. Esta realidade é dura se tivermos em conta que no ano 2007 ocorrem em Portugal 858 acidentes dos quais resultaram 3090 feridos graves. Mais grave ainda, se nos consciencializarmos, que destes feridos graves muitos ainda acabam por morrer e os restantes (uma grande percentagem) ficam com uma elevada taxa de incapacidade, implicando assim muito sofrimento pessoal, familiar, bem como custos directos e indirectos no tratamento de sequelas.

Uma outra realidade, não menos preocupante e que põe em questão a Promoção da Saúde, a prevenção da doença é o facto do envelhecimento da população a que estamos a assistir. Em 2025, 44% da população Europeia terá mais de 50 anos, reformados ou preparando-se para a reforma. Estimativas para 2050, apontam que metade da popula-

ção tenha mais de 50 anos (Agren & Barensen, 2007). Este panorama acrescido da incidência e prevalência da patologia crónica, “Envelhecer com Saúde” impõe-se para os dinamizadores do Projecto Health Aging, um investimento atendendo também que a razão mais importante da reforma prematura é por deficiência de saúde e falta de intervenções em prole da mesma. Por outro lado, os contributos das pessoas idosas devem ser considerados como uma mais-valia pela promoção do bem-estar individual. Neste contexto parece evidente, que é necessário rentabilizar as potencialidades dos idosos, nomeadamente na transmissão de saberes, consolidados pela prática quotidiana, não só no contexto familiar (quando possível), bem como através de encontros inter-geracionais programados entre instituições.

O recurso à parameologia pode ser uma estratégia para consolidar competências no que se refere à saúde e diferentes formas de a promover. Em simultâneo, o contributo na autonomia das pessoas idosas e sentimento de utilidade poderia ser conseguido.

COMPORTAMENTAL/ auto-responsabilização

“Quem bem vive, bem morre”

Através da pesquisa bibliográfica efectuada foi consensual que a forma se age na resolução de problemas do dia-a-dia ou na forma de estar individual ou socialmente, pode reflectir-se na saúde individual ou colectiva, salienta-se particularmente Francoise Colière ao defender que os estilos comportamentais que cada um pratica, pode condicionar a manutenção de uma vida saudável e podem prevenir o aparecimento da doença (Colière, 1999).

O comportamento é um conjunto de atitudes e procedimentos. Pode ainda definir-se como a reacção de um indivíduo ou animal perante uma situação ou conjunto de estímulos, (Dicionário da língua portuguesa, 2003).

A magnitude desta categoria impõe-se não apenas a nível individual mas também a nível colectivo. Em 1976, estudos de Richmond concluíam que cerca de metade das mortes prematuras eram devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida que as pessoas levavam; 20% a factores ambientais; 20% à biologia humana e 10% a cuidados de saúde inadequados. Valores muito próximos destas investigações são apresentados por Mullen, Golld, Belcastro e MecDermott (1986), onde consideravam o comportamento humano responsável por cerca de 45% das mortes prematuras, o meio ambiente tinha a responsabilidade em 17%, a biologia humana com cerca de 26% e finalmente a organi-

zação dos cuidados de saúde uma percentagem de 12%. A distribuição de factores encontrados na génese das doenças, já alguns anos, parece continuar actual. Esta preocupação é claramente evidenciada no actual Plano Nacional de Saúde onde realça a necessidade de implementar programas de índole Nacional onde são destacadas, entre outros, o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida e o programa Nacional de Prevenção e controlo das doenças cardiovasculares (DGS, 2004).

Os provérbios seleccionados, sendo o reflexo da praxis diária, também valorizam sobremaneira as práticas promotoras de saúde com especial ênfase para as comportamentais, pois que dos 290 provérbios estudados, 250 recaíram na categoria da Promoção da Saúde, dos quais 104 incidem sobre práticas comportamentais (tanto pela presença como ausência das mesmas).

Abordar-se-á esta categoria de uma forma genérica, pois assume alguma especificidade em termos de estilos de vida como analisaremos mais adiante. Apesar disso, não podemos deixar de salientar que todos eles se referem ao comportamento que o indivíduo pode ter ao longo da vida e em relação a diversas situações.

Apesar de as unidades de medida não serem as utilizadas na actualidade a (Onça e a arroba) como a utilizada em “Vale mais uma onça de cautela que uma arroba de botica” traduz de forma clara o conceito de prevenção, também traduzido no provérbio “mais vale prevenir que remediar”, ou seja, revelam comportamentos de saúde (Nutbeam, 1998) que ao serem praticados evitam que a doença apareça, tal como expressam os provérbios “Quem come e dorme com todos os males pode” e “Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer” tem na essência a mensagem da necessidade de descanso e alimentação como forma de reunir energias para as diferentes actividades, pois como é sabido da nutrição, nomeadamente, o açúcar recebido das diferentes formas vai transformar-se em energia sob a forma de ATP.

Embora não tenhamos encontrado corroboração no provérbio “Comer forçado é pecado”, porque não era nosso propósito, embora sabendo que alguns provérbios estão associados à religiosidade do ser humano, daí que o consideramos sem fundamento, no entanto é, verdade que qualquer actividade acima da possibilidade funcional se torna desagradável e acarreta implicações negativas em termos de bem-estar ocorrendo a Heteroestasia ou doença (Souto, 2004).

Em relação aos seguintes provérbios “ Para longa vida, regra e medida no beber e na comida”, “ Comer a horas e vestir a tempo” e “Tendo saúde e comendo bem, o trabalho

não mata ninguém”, “Mal viver mal acabar”, todos eles nos remetem para a noção de equilíbrio que é necessário (Honoré, 2002, Nunes, 2002, OMS). Também relativamente a esta temática, Souto (2004) reforça que o equilíbrio é perturbado pela alteração da força com o qual um ou mais factores operam. O princípio da manutenção automática do equilíbrio, essencial para a saúde, descoberto pelo fisiologista Francês Claude Bernard já no séc XIX defendia que o homem com saúde é uma constante vivendo e movimentando-se num mundo de variáveis.

Quando o homem não é capaz de manter a constância no meio interno, fica doente, sendo que a saúde depende então da harmonia funcional resultante do meio externo e meio interno. Este conceito foi revivido e aprofundado no final do século por Walter Cannon, um destacado fisiologista da Universidade de Harvard, que estabeleceu as bases do que ele chamou de homeostase para descrever o fenómeno do qual depende a vida diária de cada pessoa. Homeostase significa então “ uma tendência natural para a volta ao *status quo*, ou seja o estado em que se achava anteriormente. Portanto, inclui o reconhecimento de que os organismos se mantêm bem dentro de certos limites que lhes são próprios e de que possuem mecanismos de ajustamento para esse fim” (Souto 2004, p.20).

Ainda relativamente aos provérbios “Tendo saúde e comendo bem o trabalho não mata ninguém” e “Trabalho dá saúde” traduzem a relação positiva entre estas duas variáveis que tal como um estudo de Giatti e Barreto (2003) comprovaram. Este estudo de 2886 idosos cuja média de idade era os 72 anos, dos quais 68% estava aposentada, 30% trabalhava e 4,6% não eram aposentados nem trabalhava. Entre os idosos que trabalhavam, 66% tinham uma jornada de trabalho igual ou superior a 40 horas semanais, identificou que a melhor condição de saúde em especial a preservação da autonomia e da mobilidade física é um importante factor para a permanência na vida activa em idades avançadas.

Em relação aos indicadores de saúde, os idosos que trabalhavam, relataram menos doenças crónicas que os aposentados que não trabalhavam, confirmando também que uma melhor condição de saúde está positivamente associada com o trabalho.

Advertem ainda que idosos com boas condições de saúde, autonomia física e mental, mantêm boas perspectivas de vida e podem assumir papéis relevantes na sociedade. Como a capacidade de trabalho e a qualidade de vida nos idosos são determinadas em grande parte etapas anteriores, mudanças positivas na vida dos idosos, significam também, investimentos em educação, saúde e trabalho para os jovens e adultos de hoje. Estudos mais recentes, embora com uma amostra mais reduzida vêm ao encontro destas

conclusões. Sobre as consequências do trabalho voluntário na vida dos idosos, um estudo comparativo de Souza, (2007) com 207 indivíduos, permitiu concluir que, quando comparados os dados dos grupos que exerciam trabalho voluntário com os que não exerciam trabalho voluntário, a auto percepção de saúde considerada como ótima foi maior nos que exerciam voluntariado, 30,5% versus 6,1%, enquanto que a prevalência da depressão foi de 1,2% versus 9, 1% respectivamente nos de trabalho voluntario e nos que não exerciam trabalho voluntário. Além destes resultados, 93,5 dos idosos relataram sentir com o trabalho sentimentos de alegria, felicidade e oportunidade de partilharem sentimentos de amizade. Sendo a felicidade uma emoção básica caracterizada por um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de prazer, associados à percepção de sucesso e à compreensão coerente e lúcida do mundo (Ferraz, 2007) e considerando que a alegria, aliada ao interesse constitui a base dos comportamentos relacionais (Branco, 2004) parece esclarecedor que - como evidenciaram estudos de Giatti e Barreto, (2003) e Ferraz, (2007) - o trabalho é uma actividade salutogênica e proporciona um bem estar subjectivo a que se refere Galinha e Ribeiro, (2005).

COMPORTAMENTAL / Advertência/excessos

“Quem ceia e logo se vai deitar, má noite vai passar”

Como se pode constatar, os provérbios, operam com aspectos básicos da vida, e a saúde é um deles, podem ser tomados metaforicamente ou literalmente; advogam conselhos e dando estratégias, assumidos literalmente em contexto específico, os provérbios que se seguem reflectem em termos semânticos as consequências dos excessos relativamente a comportamentos alimentares: “A saúde como a fortuna, deixa de favorecer os que abusam dela”; “Nada faz como o vinho se tomado com tino”; “Livra-te de mau vizinho e de excesso de vinho”; “De fome ninguém morreu mas do muito que comeu”, “De grandes ceias estão as sepultura cheias”, “Mais mata a gula que a espada”. Todos eles revelam comportamentos excessivos em relação a algo: A gula, excesso de vinho e distribuição alimentar ao longo do dia.

O ditado “livra-te do excesso vinho”, chama a atenção a algo que pode fazer mal como analisaremos mais à frente. Os excessos em relação ao vinho, e eu acrescentaria - como em tudo na vida, corroborado por " (Andrade, 2005) nem muito e nem muito pouco. Atendendo a que as autoridades de saúde de vários países têm encontrado dificuldade em estipular o que pode ser considerado "consumo sensato", insistem em que os excessos devem ser a excepção e não a regra quotidiana. Estas advertências e conselhos fazem

todo sentido já que segundo a Organização Mundial de Saúde nas causas das doenças crónicas, além de outros factores, existem factores de riscos que podem ser modificáveis (consumos alimentares, de álcool e tabaco) e ainda os Intermédios, como põe exemplo o excesso de peso e obesidade, Hipocolestrolémia, etc.

Não se encontrou fundamento nos provérbios "Água como boi, vinho como rei" pelo efeito nefasto quando em excesso para o organismo e "ferrugem gasta o ferro e o cuidado o coração". Este último, embora a 1ª parte seja verdade, não é verdade que o cuidado gaste o coração, pois as medidas da OMS em geral e DGS em particular vem lembrando e reforçando a necessidade do cuidar e vigilância.

Moralismo

"Se bebes para esquecer paga antes de beber"

Considerando a moral como uma teoria normativa do dever e do bem (Dicionário da língua portuguesa, 2003) também os provérbios desta categoria vão de encontro a este conceito. "Come o que tens e não o que sonhas", "Tenhamos saúde e paz e teremos assaz", "Quem não é para comer não é para trabalhar". Todos eles se referem a algo que é normativo, as pessoas terem determinado comportamento na sua responsabilidade de cidadão. Parece também ser normativo que, sempre que adquirimos um produto seja qual for a finalidade implica uma forma de pagamento.

Em relação ao provérbio "De fome ninguém morreu, mas do muito que comeu" não é totalmente verdade mas não é totalmente falso, pois é sabido que ainda existe o paradoxo do existir fome e ao mesmo tempo populações em que por terem em demasia estão mais predispostas a desequilíbrios e doenças de vária ordem. Isto prende-se com a questão a que a carta de Ottawa faz referência - desigualdades sociais em termos económicos, acessibilidade e recursos.

COMPORTAMENTAL / Não Apetecível

"Aquilo que sabe bem ou é pecado ou faz mal"

Considerando a virtude como uma qualidade ou conjunto de qualidades, ou ainda a disposição para a prática do bem (Dicionário da língua Portuguesa, 2003), o provérbio "Não chames virtude ao que te faz perder a saúde" faz uma advertência clara de que tudo o que possa comprometer a saúde, como bem imprescindível, como já referimos, não pode ser considerada uma prática correcta. Também os provérbios "A única maneira de con-

servar a saúde é comer o que não queres, beber o que não gostas e fazer o que se prefere não fazer” apesar de uma forma exagerada, remetem-nos para os comportamentos exagerados na alimentação, que interferem na qualidade de vida das pessoas. A contestação possível dos mesmos, e reforçando o que foi dito anteriormente, vai no sentido de que tal como nos refere a maioria da literatura científica nesta temática é a de que o equilíbrio deve permanecer, não deixando de prevaricar como regra, mas sim se for como excepção, não tendo que abdicar dos alimentos que tanto gosta, apesar de fazerem mal (DGS, 2004).

A SAÚDE COMO BEM MAIOR

“Quem tem saúde não diga que é pobre”

A saúde como um bem precioso e fundamental ao longo do ciclo vital, está traduzido nos provérbios. A expressão *major* da importância da saúde e ser saudável ao longo do ciclo de vida é visível nos provérbios: “Só se dá valor à saúde quando se está doente”, “Saúde e liberdade valem uma cidade”, “a saúde vale mais que o dinheiro” e “a saúde é a maior riqueza”. A ideia fundamental que todos eles encerram é corroborado por (Barros, 2005 & Barros, 2007) quando atribui o valor de um produto ou bem em função da sua escassez utilizando o paradoxo da água e do diamante e por Honoré, (2002) quando refere a saúde além de ser uma causa pública, tem um valor económico. Estes provérbios são corroborados por Barros (2007), ao afirmar que a saúde e a vida têm um valor infinito, embora seja difícil de o assumir em todas as consequências. Mais adianta, que embora numa perspectiva económica o valor de um bem seja o seu custo de substituição, em Saúde, a vida e a saúde têm um valor infinito para o próprio e os seus próximos.

A ideia de saúde como sinónimo de alegria expressa nos provérbios “A saúde do ser humano é a alegria” e “Jovem é quem está são, ainda que tenha oitenta anos e velho, é o doente ainda que tenha vinte” é corroborada também por Ribeiro (1998) e Honoré (2002), quando falam da saúde como, energia, uma atitude de jovialidade, alegria e algo positivo perante a vida, traduzido nos provérbios “Saúde e paz, todo o resto vem atrás” e “Tenhamos saúde e paz e teremos assaz”. Todos encerram a visão holística de que o ser humano é mais do que a soma das partes.

É ainda claro a ideia da importância não só da saúde, como da paz, dois conceitos consagrados na declaração dos direitos humanos.

HOLISMO

“Mente sã, em corpo são”

O modelo de adaptação defendido por Roy, inserido no paradigma holístico, corrobora a semântica dos provérbios: “O saber é para a alma o que a saúde é para o corpo” e “Deus te dê saúde e gozo e casa com poço e quintal” De facto, consideram que o ser humano não é apenas biológico, mas considera a componente espiritual como um recurso importante para a sobrevivência, tal como a água armazenada em poço. Esta espiritualidade, também considerada um importante recurso geral de resistência abordado por (Nunes, 2002) que o individuo utiliza para compreender a inevitabilidade da morte. Esta ideia também, já tinha sido defendida por Antonovsky (1987) ao se referir à componente da combatividade, uma das formas de lutar contra as adversidades da vida. Uma situação análoga, em que o ser humano tem de mobilizar outros recursos nomeadamente os psicológicos, está patente em “A esperança não é pão, contudo alimenta”. O optimismo, esperança e auto-estima são nesta perspectiva, importantes para afastar o *pathos* da vida.

A Mente e corpo estão intimamente ligados. Estudos de Bianco, (2009) comprovaram existir relação entre alegria a felicidade e o bem estar subjetivo (usados neste estudo como sinónimos) e a saúde.

Essas relações foram estabelecidas a partir da ênfase dos factores que actuam na alegria e ajudam no desenvolvimento da saúde e consistem na intersecção de factores que podem aumentar ou diminuir a potência de outros. Foram usados, como medida de felicidade, o Inventário de Felicidade de Oxford (OHI) e, como medida de saúde, o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), que foram preenchidos por 109 sujeitos. A estatística descritiva mostrou as inter-relações das variáveis. A autora encontrou ainda correlação positiva entre felicidade e saúde. Felicidade apresentou correlação negativa com stress psíquico, distúrbios de sono, distúrbios psicossomáticos, desconfiança no desempenho, desejo de morte.

Quando o povo diz: “Um alimento faz bom entendimento”, “Quem corre por gosto não cansa”, tem subjacente o conceito de holismo, em que as dimensões da saúde física, saúde social e emocional estão interligadas. A motivação e o empenho que se coloca nas actividades, repercute-se no cansaço e automaticamente no bem-estar físico (Naidoo & Wills, 1999; Ewles & Sinmet, 1999). O ditado popular “Três coisas mudam o homem: a mulher, o estudo e o vinho” de igual forma, reflecte também o conceito holístico do homem evidenciando, a mulher como símbolo sexual (dimensão sexual); o estudo, como

as aquisições cognitivas e do conhecimento em geral e por fim o vinho - pelo conjunto de alterações tanto a nível físico, mental e social que o mesmo pode condicionar.

Em síntese: Parece claro que estes provérbios põem em evidência a conexão e ligação entre as partes e o todo.

O provérbio "O sono é um bom alimento" enfatiza que apesar de o sono não ser um nutriente, ele contribui para a satisfação de uma necessidade fundamental importante. Esta fundamentação científica parece ser evidente no defendido por Paiva (2005). Ainda mencionar o que Watson, (1979) referido por Mendes, (2005.p.45) - a propósito dos rimos biológicos do Homem – " A saúde, a riqueza, a sabedoria e até, a longevidade estão ao nosso alcance se vivermos em harmonia com o bater do nosso relógio interno, se soubermos escutá-lo com atenção e obedecer-lhe".

DETERMINANTES DA SAÚDE / alimentos

"Somos aquilo que comemos"

Pela pesquisa efectuada podemos constatar, que a alimentação pode condicionar a saúde de várias formas. Uma pela quantidade, outras pela qualidade, pela forma como os alimentos são confeccionadas com mais ou menos aditivos e até mesmo pelo momento em que esses alimentos são ingeridos. A água tal como os alimentos, tem repercussões em termos de saúde em função da contaminação bacteriológica ou presença de metais mais ou menos pesados.

Relativamente à água, não é verdade o que "Água corrente não há mal que venha à gente" e "Água corrente água inocente" pois a água pode estar a correr e existir contaminação de várias formas (Gil e cols, 1988).

A confirmar a possibilidade de contaminação, um estudo, com 1674 amostras de água recebidas no Centro de Qualidade Hídrica do Porto do INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge), realizado por Mansilha e cols (2007), durante os anos de 2000 a 2006, para pesquisa de *Legionella*. Os resultados foram avaliados por local e ponto de colheita, tendo sido efectuado igualmente um estudo da variação sazonal de amostras positivas ao longo desse período de tempo. Depois da análise dos resultados laboratoriais obtidos de 2000 a 2006 verificou-se uma diminuição do número de amostras positivas em águas minerais naturais termais, com 9 e 11 resultados positivos em 2000 e 2001, respectivamente, e ausência de casos positivos em 2006, e um aumento do número de casos em hospitais, hotéis e centros comerciais nos dois últimos anos, com 24

casos positivos em 2005 e 2006 contra apenas três casos positivos durante os anos de 2000, 2001 e 2002.

Quanto aos resultados por ponto de colheita, verificou-se uma elevada prevalência de *Legionella pneumophila* nas torres de refrigeração. Pelo exposto, pode-se concluir que é possível encontrar microrganismos, inclusivamente na rede de abastecimento pública.

Por outro lado, o povo ao afirmar “Água viva é vida parada é morte” e “Águas paradas cautelas com elas” deixa a noção de que de facto a água que se encontra em depósitos, e aqui temos o exemplo dos poços, é perigosa. Obviamente, tendo em conta a possibilidade de contaminação é uma realidade. Estudos de Freitas, Brilhante & Almeida (2001) realizados no Rio de Janeiro, mostraram que as águas de poços analisadas em duas áreas distintas, ambas evidenciavam, em 30% das amostras de nitratos não estar com valores previstos por lei. Ambos os locais de colheitas revelaram presença de coliformes fecais em mais de 50% das amostras. Quando analisada a água da rede desses mesmos locais a percentagem de contaminação baixou, situando -se em 7% das amostras, sendo que uma elevada percentagem de amostras com cloro residual igual a zero na rede de distribuição.

Pelo atrás referido, parece também não ser suficiente deixar correr a água para ela ser potável “Água que hei-de beber deixá-la correr”, pois a contaminação biológica produz-se geralmente a partir de águas residuais por excrementos do homem ou animais (Gil & cols, 1988) No entanto as águas residuais, e superficiais estão mais susceptíveis de desenvolverem e de se multiplicarem microrganismos capazes de causar doenças.

A importância da fervura da água está explícita em muitos provérbios o que é corroborado pela (DGS, 2005) que aponta a fervura uma forma, entre outras, de tornar a água adequada ao consumo humano. Considera este método, uma forma muito eficaz de destruir praticamente todos os organismos imediata ou potencialmente patogénicos, para o homem, sejam bactérias sob a forma vegetativa e esporulada, ou parasitas. Eis alguns exemplos como: “Água fervida alimenta a vida” e “Água danificada fervida ou coada”.

O provérbio “Só percebemos o valor da água depois que a fonte seca” revela claramente que a água é um recurso sem o qual não há vida e mais do que nunca na actualidade preocupa organismos nacionais e internacionais que alertam para a necessidade de a racionalizar.

A Importância do cloreto de sódio é reforçada por Candeias e cols (2005), no entanto quando usado parcimoniosamente, logo parece não fazer sentido a mensagem que o pro-

vérbio tenta traduzir "A comida sem sal não faz bem nem mal". No entanto se for interpretado como a necessidade de adição de sal na confecção é verdade, na medida em que os nutrientes têm na sua constituição estes minerais. Quanto à adição deste, parece estar mais fundamentado desde que não exceda os 5 gramas /dia (DGS, 2008). A problemática da adição de sal em excesso coloca-se contudo na realidade Portuguesa sabendo que este país tem um dos mais elevados consumos *per capita* de sal (12 gramas / dia) "Comida sem sal a doentes não faz mal" (Candeias e cols, 2005 & DGS, 2008). "Quem come salgado, bebe dobrado" é na realidade evidente porque, pode não se ingerir especificamente o dobro, mas é uma realidade que um maior consumo de sal, acarreta mais sede e conduz a uma maior retenção de líquidos pelo organismo, o que contribui para o aumento de peso e aparecimento da celulite (DGS, 2008). A Hipertensão é a doença cardiovascular mais comum, considerado o maior desafio de saúde pública para sociedades em transição socioeconómica e epidemiológica e um dos mais importantes factores de risco de mortalidade cardiovascular, sendo responsável por 20 a 50% de todas as mortes, sendo que o consumo exagerado de sal pode contribuir para o aumento desta verdadeira epidemia (DGS, 2005).

Provérbios alusivos ao consumo do azeite como algo de importante na alimentação vão de encontro ao defendido por NDCA, (2001). Com capacidades de melhorar a funcionalidade intestinal e prevenção de doenças cardiovasculares na medida em que tem a capacidade de elevar os níveis de HDL "Azeite e vinho bálsamo divino" "*Azeite de oliva* todo o mal tira". Importa acrescentar que azeite também possui vitaminas A, D, K e E, (vitaminas lipossolúveis, portanto) um poderoso antioxidante, o que ajuda a retardar o envelhecimento da pele. A comprovar as qualidades desta gordura referimos um estudo de Saldanha (1999), onde utilizou uma amostra com 38 indivíduos, em dois grupos diferentes (12 doentes ortopédicos internados e 26 estudantes) de medicina que tinham como condição básica de não serem portadores de qualquer doença metabólica e tomarem as suas refeições no refeitório do hospital da Universidade. Ao fim de três meses de dieta cuja única gordura adicionada aos alimentos em natureza foi o azeite verificou-se que: Os 38 indivíduos mostraram variações significativas dos valores lipídicos sanguíneos considerados benéficos para a saúde. Quando analisados em separado, nos 12 doentes notou-se também uma diminuição de colesterol HDL. Pelo exposto dada a comprovação dos efeitos benéficos do azeite, este tem um efeito promotor de saúde e consequentemente indispensável na prevenção das doenças deslipidémicas e doenças cardiovasculares em geral.

Quanto ao outro tipo de gorduras não se encontrou nada fundamentado cientificamente o seu efeito benéfico "Gordura é formosura", pelo contrário a sua ingestão contribui grande-

mente para o aumento de incidência de doenças cardiovasculares e obesidade. Em relação a esta afirmação: "A gordura é a capa dos defeitos" não se encontrou nada no sentido de corroboração. De realçar contudo, que não há dúvida, após esta pesquisa que um grande número de publicações ressalta a acumulação de gordura como um desequilíbrio das quantidades calóricas ingeridas e as quantidades calóricas que são gastas como causa isolada ou factor desencadeante de muitas doenças. Salientamos o que nos diz a DGS (2004) ao referir que a obesidade associa 3 a 4 vezes mais um risco elevado de AVC (Acidente Vascular Cerebral) bem como doença coronária e que o Índice de morbilidade aumenta com a elevação do IMC. A obesidade (IMC > 30) e o perímetro abdominal, no homem, acima 102cm e na mulher, acima de 88cm, são indicadores importantes para determinar o risco de doenças cardiovasculares (DGS, 2004). A referência ao pão e à fruta "Uvas pão e melão é sustento de nutrição" faz sentido quando é sabido que de facto, o pão e os frutos ocupam grande parte da roda dos alimentos, pois são na sua essência, fornecedores de amido e frutose respectivamente, nutrientes necessários para o metabolismo celular. Em relação ao referido pelo senso comum, "A laranja de manhã é ouro, à tarde prata e à noite mata", Silva e cols, (1996) referem a cronobiologia para explicar a sua veracidade pois esta mostra que a acidez gástrica aumenta com o início da noite, logo como a laranja é um citrino pode ser prejudicial à saúde. Cunha (2008), diz apenas que a grande maioria das pessoas não as sabe comer de forma adequada. Por exemplo defende que se devem comer com o estômago vazio, pois elas não são absorvidas no estômago, e se este tiver alimentos, não passam logo para o intestino onde são absorvidas, ficam aí retidas e iniciam um processo de fermentação que causa algum desconforto, nomeadamente azia. Reforça no entanto, que fornecem as vitaminas todas que o nosso organismo necessita, sendo os mais perfeitos e leves alimentos.

É frequente comparar a carne e o peixe, elogiando sobremaneira a carne, no entanto não é verdade que "Peixe não puxa carroça". O peixe em termos de nutrientes é tão bom como a carne. A diferença é que a carne de vaca contém mais ácidos gordos saturados do que outros tipos de carne, ovos e peixe. No entanto a gordura do peixe é melhor e de mais fácil digestão. O valor energético dos referidos alimentos depende não só da quantidade de proteínas, mas essencialmente da quantidade de gorduras (Nunes & Breda, 2001).

Consumo de vinho/álcool

"Uvas sim, vinho não"

Relativamente ao álcool o que foi encontrado a nível do senso comum e traduzido em provérbios, na sua grande maioria vai de encontro ao que é defendido pela ciência.

Foram encontrados muitos provérbios que realçam de facto os efeitos negativos que este provoca no organismo, nomeadamente se ele for consumido em quantidades elevadas e de uma forma continuada. Investigação de Anderson e Baumberg (2006), conclui mesmo que, o álcool é um determinante da saúde responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na União Europeia. É ainda a causa de danos a terceiros, incluindo cerca de 60000 nascimentos abaixo do peso normal, 5 a 9 milhões de crianças a viverem em famílias afectadas pelo álcool e grande responsável por inúmeros acidentes rodoviários. Os autores supra citados reforçam a realidade, de que o álcool é a causa de desigualdade na saúde quer entre os estados membros quer dentro destes.

Os hábitos paternos, também no que concerne à ingestão alcoólica, são determinantes para o consumo excessivo dos filhos. Estas conclusões são tiradas de um estudo de Oliveira, Werlang e Wagner (2007) onde estudaram uma amostra de 473 participantes (289 sem história de alcoolismo, 42 alcoólicos em tratamento e 142 pacientes internados e dependentes do álcool. Daqui, pode inferir-se que comportamentos que são observados pelos progenitores, existe a possibilidade de continuidade nos descendentes.

Os seguintes provérbios “Vinho e mouro não é tesouro”; “Bebidas fortes homens fracos”; “Onde entra o vinho sai o saber”; “É louco o conselho de quem bebeu”, expressam o quanto maléfico é para a saúde o consumo do álcool, pois como nos refere também Mello, Barria e Breda (2001) e Falé (2005) é causa importante de perda de saúde contribuindo significativamente para a taxa de mortalidade. Quando associado a outras substâncias como o tabaco, também é referido pelos mesmos autores como responsável por elevada taxa de morbilidade e mortalidade.

Mais recentemente, estudos liderados por Anderson e Baumberg (2006) do Instituto of Alcohol Studies da Inglaterra concluem que:

- O álcool e mortes prematuras na União Europeia é um determinante da saúde responsável por 7,4% de todas as incapacidades
- É causa de danos a terceiros, incluindo 60000 nascimentos abaixo do peso normal, 5 a 9 milhões de crianças a viverem em famílias negativamente afectadas pelo álcool
- É uma importante causa de desigualdade em saúde

Pelas mesmas razões e porque o consumo exagerado de álcool é algo preocupante, a DGS (2004) incluiu nas actividades de âmbito Nacional a realização de um diagnóstico de base sobre estilos de vida da população portuguesa. Com o objectivo de calcular mais especificamente o risco atribuído à saúde e a respectiva carga da doença, realçamos que

os factores determinantes incluídos nesse programa de vigilância foram além do álcool como já referimos, alimentação, tabaco, exercício físico e gestão do stress.

Quando referido por Mello, Barria e Breda (2001) e Falé (2005) como um componente implicado em problemas de ordem pública, incluindo crimes e violência salientamos o provérbio: "Bebeu, jogou, furtou: beberá, jogará, furtará". A comprovar esta ideia salientamos ainda estudos feitos, em população alcoólica inscrita no Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, por Frazão, Breda e Pinto (1997) em que 16,5% tinha problemas com a justiça. Os autores acrescentam ainda que comparativamente com a frequência do crime na população em geral, estes são dez vezes superiores no que se refere a crimes sexuais e quatro vezes superior em ofensas corporais.

As mensagens dos provérbios "Bebe o vinho e deixa-o antes que ele se ria de ti" e "Vinho e mouro não é tesouro" advertem que o vinho pode comprometer o equilíbrio do individuo como tal com implicações no estado de saúde em geral. O efeito nefasto deste pode ser comprovado por Oliveira e Luís (1996) onde num estudo retrospectivo de 1988 a 1990 com 1707 doentes que recorreram ao Serviço de Urgência com desordens psiquiátricas. Da população estudada neste período, somando os diagnósticos referentes ao consumo do álcool, estes ficavam em 2º lugar. A síndrome de dependência alcoólica surgiu com 53%, a psicose alcoólica com 35% e a presença de álcool sem dependência 12%.

Os provérbios "Se bebes demais tropeças e caís" e "Onde entra o vinho sai a razão" encerram comportamentos encontrados em estados de embriaguez, os quais se traduzem em grande parte dos casos, em alterações motoras e estados de excitação.

No fundo são as alterações a nível de comportamento, atitudes, motricidade e raciocínio corroboradas por Yonamine (2008) quando se refere à acentuação dessas alterações à medida que a taxa de alcoolemia aumenta.

No que tange aos provérbios "Onde entra o vinho sai o saber" e "Beber para esquecer" está expresso o reflexo negativo do consumo do álcool na esfera cognitiva. A interferência do consumo do álcool nesta área foi encontrada em estudos de Laranjeira (s/d), num estudo com 152 participantes do sexo masculino, escolhidos aleatoriamente, internados em unidades especializadas no tratamento de dependência química, com idades entre 26 e 60 anos concluiu que no que diz respeito à memória imediata, ocorreram diferenças significativas entre o desempenho dos sujeitos na primeira e na segunda aplicação após um período de abstinência, indicaram ainda uma melhoria na função cognitiva em geral. Nos sujeitos com dependência alcoólica grave, constatou-se que não houve diferenças significativas entre as duas aplicações. Nos abstinentes, encontraram-se resultados signi-

ficativos em relação às duas funções cognitivas, percepção visual e memória. Outra patologia que também é resultado de um uso prolongado de álcool é a demência alcoólica. Neste estudo verificou-se que estes pacientes apresentam comprometimento na realização de testes neuropsicológicos e há evidências, através de exames de tomografia computadorizada, que existe uma retração cortical. A reversão desta retração cortical pode ocorrer durante um período longo de abstinência, o que sugere que a perda neuronal não é o único factor responsável pela atrofia cerebral alcoólica (Yudofsky & Hales, 1996). A longo prazo, a falta de vigor físico, envelhecimento precoce, comprometimento do sistema imunológico e perda crónica da memória são consequências apontadas por Confli (2004).

A desmistificar o mito associado ao álcool de que dá força e abordado por Falé (2005) está o provérbio “Bebidas fortes homens fracos”. Como não produz calorias úteis, não serve para o bom funcionamento das células, logo não pode dar força.

Relativamente ao provérbio “Deitar em vinhas, acordar em fontes” tem implícita a ideia da ressaca e perda de líquidos que o consumo excessivo do álcool pode causar, pois tal como Falé (2005) nos diz que a sensação de sede significa necessidade de água. Quando se toma uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina, aumentando assim a necessidade de água no organismo, logo, a sede.

Provérbios que enfatizam os benefícios do consumo do álcool em especial o vinho salientam-se: “Nada faz como o vinho se tomado com tino”, “Depois de um arroz, peixe e toucinho bebe-se um bom vinho”. De facto a associação do vinho a um complemento alimentar não é recente. Pesquisas e referências de (Andrade, 2005) dizem-nos que a presença de taninos, flavonóides, catequinas, resveratrol no vinho traz benefícios para a saúde devido à sua acção anti-oxidante. Este autor realça “que nem muito nem pouco” é o princípio a seguir para realçar os efeitos benéficos do vinho. Como reconhece alguma dificuldade em referir o desejável diz-nos que deverá optar-se por um consumo sensato, já que se trata de algo delicioso e se bebido com bom senso ainda melhor.

Quanto à ideia de que o “vinho mata a fome” é contrariada por Penna e Hecktheuer (2004) pois dizem mesmo que quando bebido de uma forma sensata estimula o apetite. Já consumido em quantidades exageradas é depressor do Sistema Nervoso Central. Por outro lado e de acordo com Penna e Hecktheuer (2004) se for vinho como é extraído da uva, a frutose pode alimentar alguma coisa. Esta justificação poderá transferir algum fundamento aos provérbios: “Com pão e vinho se anda caminho” e “Pão e vinho para o caminho” associado à energia fornecida pelo pão. A associação do vinho à culinária é

corroborada por Penna e Hecktheuer (2004), não naquilo que expressa o provérbio - pela abundância, mas sim a pela frutose do vinho, extraída da uva que confere um paladar agradável à comida “Caracóis picantes, vinho abundante. Em conformidade com que a DGS (2007) e DGS (2008) defendem, está ainda o provérbio “Um copo de vinho por dia, mantém o médico à distância”, quando afirma que bebido com moderação e acompanhar as refeições os adultos podem consumi-lo sem risco, logo é dispensável a intervenção médica. Da mesma opinião é Fernandes (2007) que uma taça de vinho ao jantar contribui positivamente para a saúde. A ação dos flavenoides inibe a oxidação da lipoproteína de baixa densidade (LDL), que está intimamente correlacionada com as complicações da aterosclerose, como a doença arterial coronária, o acidente vascular cerebral e/ou doença vascular periférica conclui-se por estudos de Opie e Lecour (2007).

A tolerância aos efeitos de bem-estar e euforia do álcool estabelecem-se rapidamente, por isso, o indivíduo tende a aumentar cada vez mais a dose para sentir esses efeitos “prazerosos”. Nesta fase podemos dizer que ele já está dependente do álcool. O organismo, devido à falta da bebida, começa a reagir contra os efeitos da abstinência por meio de tremores, ansiedade, náuseas, vômitos. A continuidade do consumo vai gerando dependência e o alcoolismo aparece com todas as implicações em termos individuais, económicas e sociais (Mello, Barrias & Breda, 2001; De Micheli, 2004).

O efeito benéfico do vinho ganhou destaque com o denominado “paradoxo Francês”. Fenómeno estatístico de uma incidência relativamente baixa de doenças cardíacas na França apesar do elevado consumo de gorduras saturadas nesse país. A comprovar o efeito benéfico do vinho, quando ingerido em quantidades moderadas, nomeadamente o tinto pela quantidade de flavenoides citamos um estudo longitudinal realizado por Mink et al (2007) em que acompanharam, durante 16 anos, os dados de consumo alimentar de 34489 mulheres na pós menopausa, que não apresentavam problemas cardiovasculares, e observou que o consumo de vinho tinto, assim como de outros alimentos fontes de flavonóides, estava associado ao risco reduzido para morte por doenças cardiovasculares e doença cardíaca coronária. O mesmo estudo comprovou ainda que mesmo quantidades moderadas, podem favorecer alguns comportamentos ligados à desinibição, euforia, relaxamento e aumento da libido. Este comportamento está presente na semântica do provérbio “O que o abstinência tem na cabeça, bêbado tem na ponta da língua”.

Costumes alimentares/ excessos

“Se és velho comilão, encomenda o teu caixão”

Os gostos são construídos de acordo com o que a cultura estabelece como aceitável. Nem sempre quando se ingere um alimento, o seu significado está ligado às características intrínsecas desse alimento, por exemplo a ingestão de café, está menos ligada ao efeito estimulante do que à sociabilidade que ele proporciona ou paradoxalmente ao efeito relaxante que representa: uma pausa no trabalho (Bleil, 1998). O maior ou menor consumo deste ou daquele alimento foi sendo construído ao longo da história, o que nem sempre está de acordo com o que a ciência e a razão recomendam e obedece a códigos de prestígio ligados a este ou aquele alimento (Contreras, 1995). A sensação de empanurramento, presente na nossa cultura é alcançada facilmente em lanches altamente ricos em gorduras e que Bleil (1998) exemplifica com o lanche típico do McDonalds, representando mais de metade das calorias e das gorduras necessárias numa dieta de 2000 calorias.

Há décadas, o provérbio “comer para viver”, quando os alimentos escasseavam, foi sendo fruto da evolução das sociedades e da globalização, substituído pelo “viver para comer” não havendo a preocupação pela selecção da qualidade. O comportamento alimentar tem cada vez mais um papel crucial no desencadear de patologias, nomeadamente doenças crónicas com elevada incidência e cujo impacto em termos de incapacidade e custos económicos é significativo. A obesidade, problema actualmente preocupante, especialmente se admitir que em Portugal os custos directos com a obesidade absorvem 3,5% dos custos totais da saúde e os excessos alimentares em termos de quantidade ingerida podem conduzir ao excesso de peso e à obesidade, e sobre estes é consensual que os prejuízos para a saúde são muitos e envolvem desde distúrbios não fatais, embora comprometendo a qualidade de vida, até ao risco de morte prematura. (DGS, 2005).

Já foi escrito e tendo como referência Ribeiro, (1998), desde muito cedo as crianças aprendem padrões comportamentais que estão associados tanto à saúde como a doença. Ora se começam por vivenciar comportamentos exagerados no que se refere à quantidade alimentar, bem como as quantidades em relação ao período do dia, ou que não sejam de acordo com as necessidades ao longo da vida (por exemplo um jovem precisa de quantidades diferentes que um idoso). “Com base em estudos longitudinais pode concluir-se que os indivíduos que têm peso inferior à média que não seja causado por doença, tem maior longevidade” (Ribeiro, 1998:p.130).

Através da metonímia, o ditado “A mesa mata mais gente que a guerra” adverte para o facto dos excessos, não da mesa, mas aquilo que é possível comer à mesa, se não em proporções adequadas, o aparecimento dos desequilíbrios energéticos e não só. Tendo presente o peso das doenças cardiovasculares e a sua relação com o comportamento alimentar, convém reflectir sobre os custos por exemplo da obesidade. As consequências alimentares e particularmente a obesidade são apontadas como causa de mortalidade precoce e diminuição da esperança e qualidade de vida (DGS, 1997; DGS,1998; Ribeiro, 1998; DGS, 2005).

O custo indirecto total da obesidade em Portugal no ano de 2002 foi estimado em 1998 milhões de euros. A mortalidade contribuiu com 58,4% deste valor (117 milhões de euros) e a morbilidade com 41,6% (83 milhões de euros). Os custos da morbilidade advêm de mais de 1,6 milhões de dias de incapacidade anuais, principalmente por faltas ao trabalho associadas a doenças do sistema circulatório e diabetes tipo II. Os custos da mortalidade são o resultado de 18 733 potenciais anos de vida activa perdidos, numa razão de 3 mortes masculinas por cada morte feminina.

Os resultados de estudos indicam que a obesidade acarreta consideráveis perdas económicas para o país. Comparando os resultados com um estudo complementar que calculou os custos directos (em cuidados de saúde) da obesidade, verifica-se que a componente indirecta representa 40,2% do total dos custos da obesidade. (Pereira & Mateus, 2003).

Perante esta realidade, a implementação de estratégias que previnam ou reduzam incidência e prevalência de obesidade em Portugal, poderá gerar ganhos de produtividade elevados. Mais uma vez poderia utilizar-se o provérbio “mais vale prevenir que remediar”. Associado a tudo isto, importa referir ainda que uma criança obesa de quatro anos, tem 20% de possibilidades de se tornar um adulto obeso e um adolescente obeso tem 80% de hipóteses de se tornar obeso em adulto.

Relativamente à possibilidade de uma criança obesa se tornar um adulto obeso, estudos de Malina e Bouchar (1991), comprovaram que existe um risco relativo de 2,0, enquanto que, para um adolescente obeso, o risco relativo de se tornar obeso em adulto é de 5,0 a 6,0, o que prova que a obesidade, logo em criança e adolescente, aumenta bastante a possibilidade de se tornar um adulto obeso com todas as implicações que daí advêm.

A pertinência da necessidade de alterar os comportamentos é demonstrada pelos resultados de estudos de Swartz, e cols (2008), onde num estudo feito a 900 mil pessoas durante 20 anos prova que a obesidade pode chegar a tirar dez anos de vida. No estudo, as pessoas com um IMC entre 30 e 35 (entre 87 e 100 quilos para quem tem 1,7 metros)

que são consideradas moderadamente obesas, morreram três anos mais cedo do que se tivessem um peso normal. Os casos de obesidade severa (com mais de 115 quilos para a mesma altura) tiveram menos dez anos de vida – o mesmo risco associado ao tabaco.

O provérbio “Das grandes ceias estão as covas cheias” tem também implícito comportamentos alimentares excessivos que pelo exposto anteriormente condicionam a morbilidade e consequentemente a mortalidade. Associada ao comportamento alimentar e onde a prevenção assume real importância são as doenças cardiovasculares em geral e a diabetes em particular. Como sequela desta doença, o pé diabético é uma das complicações mais graves sendo o principal motivo de ocupação de camas hospitalares e responsável por 40 a 60% de todas as amputações efectuadas por causa não traumática (DGS, 2001).

Depois de a doença estar instalada muito é possível fazer em termos de prevenção secundária, para evitar então este elevado número de amputações, na medida em que se estima que cerca de 15% da população diabética tenha condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, pela presença de neuropatia sensitivo - motora e de doença vascular aterosclerótica.

Associado à diminuição das necessidades energéticas no idoso, a diminuição da actividade física nesta faixa etária, comer muito antes de deitar, bem como o facto de os alimentos mais prejudiciais serem aqueles que mais apeteçam, defendido pela DGS, (2007); DGS, (2008); Fernandes, (2007) vem corroborar o sentido dos provérbios “Das grandes ceias estão as covas cheias” “Se és velho comilão encomenda o teu caixão”, “Come o que tens e não o que sonhas” e “O menino engorda para crescer e o velho para morrer”. Embora, e apesar de saúde ser também sinónimo de alegria, não se encontrou fundamento científico a “Usa cama de frade e mesa de pobre, tens alegria que farte e saúde que sobre”.

Costumes alimentares/ qualidade de matéria prima

“Faz do alimento teu remédio e do teu remédio tua alimentação”

Hipócrates

A fruta e o pão são alimentos que podemos comprovar pela pesquisa bibliográfica. Tal como nos refere no provérbio “Uvas pão e melão é sustento de nutrição”, que são fundamentais na alimentação de qualquer pessoa, até porque a fruta deve ocupar 20% e 28% respectivamente, na alimentação diária. “Mel de abelhas, sabe bem e alimenta”. Na realidade o mel, além de múltiplas indicações terapêuticas, pelas suas propriedades hipertó-

nicas, é também inquestionavelmente doce, como tal, alimenta. O provérbio “Leite desnatado alimenta pouco ou nada”, não encerra uma verdade absoluta, pois o que acontece é que ao ser desnatado tem menos quantidade de gordura e ao mesmo tempo pode condicionar a absorção do cálcio.

É verdade que se a criança adquire competências motoras e linguísticas na idade e previsível, pois que o desenvolvimento da criança é previsível, faz sentido o provérbio “Quem ao ano andou e aos dois falou, bom leite mamou”. Por um lado, o ano é a idade previsível para a criança andar e os dois para falar, Por outro lado o leite é fundamental no 1º ano da criança e é sempre bom, o que pode ser é insuficiente (Whaley & Wong, 1985).

Costumes alimentares /”Somos assim”

“Barriga cheia cara alegre”

Longe vai o tempo em que fazia sentido ouvir pronunciar estas palavras: “Gordura é formosura”. Atendendo aos problemas que a gordura acumulada no organismo pode causar não encontramos bibliografia que corroborasse este provérbio. Independentemente das implicações que a gordura tem para a saúde, se tivermos presente o ideal de beleza – pessoas esbeltas a tender para o magro, poderíamos referir um outro provérbio que é a antítese “Magreza é beleza”. Na verdade, nem mesmo este assenta no conceito de equilíbrio e homeostasia pois cada vez mais distúrbios do comportamento alimentar tal como a anorexia são uma realidade com grande sofrimento tanto para os doentes em si como para os familiares.

Referindo o provérbio “Barriga cheia, cara alegre”, embora possam existir alimentos que condicionam o humor das pessoas, também não se encontrou fundamento científico pois por outro lado a barriga cheia pressupõe excessos e como já tivemos oportunidade de frisar, os excessos não são benéficos. Por outro lado “Um bom alimento faz bom entendimento” é defendido por Barbanti, (2003) quando afirma que as substâncias resultantes da dieta podem influenciar a química do cérebro e afectar o comportamento na medida em que estes dois conceitos são complicados e baseados na química e neurofisiologia. A informação de uma célula nervosa a outra é feita por substâncias químicas chamados neurotransmissores. Assim o que se come, pode causar flutuações nalgumas substâncias químicas que estão associadas a mudanças de comportamento, humor e vivacidade mental, são elas a serotonina, norepinefrina e dopamina. Não se encontram estudos con-

clusivos neste âmbito, os cientistas acreditam que os alimentos podem afectar como a pessoa se sente, pensa ou comporta de três formas:

- A dieta fornece substâncias como os aminoácidos, para a síntese de vários neurotransmissores, que por sua vez, regulam o comportamento;
- A dieta fornece ainda as vitaminas e sais minerais que assistem na síntese dos neurotransmissores;
- Alguns aditivos e substâncias encontrados naturalmente nos alimentos, tal como a cafeína, podem afectar o cérebro, interferindo na comunicação entre as células nervosas ou alterando a síntese, a entrega, a estrutura ou função dos neurotransmissores (Barbanti, 2003).

Neste contexto, a autora reforça o defendido pela investigadora Judith Wurtman, do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, frisando que a serotonina em nível adequado influencia o apetite e proporciona uma sensação de bem-estar; ela é essencial na regulação do humor sendo que os carboidratos aumentam naturalmente os níveis de serotonina no cérebro, funcionando como um tranquilizante. Conclui ainda que, quem se priva de carboidratos por uma dieta ou porque está há horas sem comer, reduz os níveis. Reforça-se também o defendido por Almeida, Soncin, Lopes e Castelan- Mainardes (2008) em que referem que os níveis cerebrais de serotonina são dependentes da ingestão de aminoácidos triptofano e de carboidratos. A ingestão destes leva ao aumento dos níveis de insulina, auxiliando na limpeza dos aminoácidos circulantes no sangue facilitando a passagem do triptofeno para o cérebro. O triptofano ao chegar ao cérebro, induz a produção de serotonina, que reduz a sensação de dor, relaxa induzindo ainda o sono. Razão pela qual acrescentam que uma alimentação pobre em carboidratos, bem como uma alimentação com excesso de proteínas por vários dias pode conduzir a alterações do humor e ao aparecimento da depressão.

Pelo exposto é razão para reafirmar também em termos emocionais e comportamentais “somos aquilo que comemos”.

Exercício Físico

"Andar, ventura até à sepultura"

Os provérbios encontrados relativamente ao exercício e à necessidade de movimento, “Parar é morrer”, e “Homem bem mantido se quer estar são, faça exercício” traduzem de forma muito sintética o que é defendido em estudos de Matsudo & Matsudo (2000) onde

salientam principais benefícios à saúde advindos da prática de actividade física especificando benefícios nos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. Os efeitos metabólicos apontados pelos autores são o aumento do volume sistólico; o aumento da potência aeróbica; o aumento da ventilação pulmonar; a melhora do perfil lipídico; a diminuição da pressão arterial; a melhora da sensibilidade à insulina e a diminuição da frequência cardíaca em repouso. Relativamente aos efeitos antropométricos e neuromusculares os autores evidenciam a diminuição da gordura corporal, o incremento da força e da massa muscular, da densidade óssea e da flexibilidade. Estes benefícios da prática de exercício são corroborados pela DGS (2007) e Breda (2008).

Embora os provérbios não referiram expressamente quanto aumenta o risco de incidência de doenças cardiovasculares em quem não faz exercício, é, claro que a ideia da necessidade de movimento é algo que o organismo precisa para se sentir de uma forma mais saudável. "O corpo não deita raízes"; "Parar é morrer", e "O movimento se demonstra andando" são disso ilucidativos. Também Hipócrates, pai da medicina e actualmente Breda (2008) referem precisamente o mesmo.

As caminhadas e a sensatez na comida necessárias na manutenção da saúde, pois só rompe sapatos, quem anda ou corre, está no conteúdo de "Para ter saúde, pouca cama, pouco prato e muito sapato" também corroborado por Porto (2003) e DGS (2007). Em relação ao provérbio "Mais vale romper *sapatos* que lençóis" não haja qualquer benefício em romper sapatos nem lençóis, a ideia de actividade e movimento já referida também está evidente. Por último "A parte do nosso corpo mais sã é aquela que mais se exercita" parece ser uma realidade, pois que ao exercitar-se um tecido ou órgão vai contribuir para um incremento da força e massa muscular, densidade óssea e flexibilidade Matsudo & Matsudo (2000). Também Porto (2003), reforça ainda que comparando uma pessoa activa fisicamente de 60 anos com um inactivo da mesma idade, verifica-se que em termos de qualidade de vida, o indivíduo activo tem maior mobilidade, autonomia, mais força muscular bem como maior capacidade respiratória.

A comprovar os benefícios do exercício e actividade física há estudos de Swartz, Strath, Parker, Miller (2008) onde pretendiam identificar o impacto combinado da actividade física e da obesidade sobre a saúde de idosos. O estudo foi realizado com 137 idosos, comparando activos e inactivos. Os resultados mostraram que os idosos activos tinham índices menores de pressão arterial, da mesma forma, como o grupo com índice de massa corporal normal, apresentou índices menores de pressão arterial que o grupo considerado obeso. Assim, parece claro que a preocupação com a inserção do público idoso em

actividades físicas deve ser tão significativa quanto com a redução da obesidade, “matando duas lebres com um só cajado”.

Além dos efeitos nefastos sobre a saúde da inactividade como um factor isolado, a associação com outros torna-se mais perigoso, nomeadamente comportamentos de saúde menos correctos na ingestão de alimentos (DGS, 2007).

Sono e repouso

“Quem dorme descansado, dorme-lhe o cuidado”

O Impacto negativo sobre a privação do sono em termos qualitativos e quantitativos, a nível de diferentes sistemas, tem sido demonstrado de uma forma unânime, por Almeida, (2002); Paiva (2005); Mendes, (2005); Fernandes (2007) e Dettoni (2009).

O sono, como necessidade fisiológica do homem, tem de ser satisfeita. De uma forma evidente os provérbios: “O sono é um bom alimento” e “Quem come e dorme com todos os males pode” transmitem essa ideia e é defendida por Almeida (2002); Cronfli (2004) e Fernandes (2007), quando afirmam que o sono é fundamental para a homeostase do organismo, e a alimentação nocturna estão directamente relacionadas com a qualidade das horas de descanso e desempenha um papel importante no equilíbrio energético. Também Paiva (2005) reforça a importância do sono, ao reconhecer que este tem um papel importante quando se refere às suas três funções (recuperação cognitiva, recuperação somática e recuperação psicológica).

Embora não se tenham encontrado referências sobre a importância de dormir a sesta depois de comer, traduzido em “Depois de comer dorme a sesta, depois da ceia passeia” na verdade, cada vez há mais adeptos desta ideia e conciliam o horário laboral para poder ter esta prática, como é o caso do país nosso vizinho, a Espanha. A importância da sesta, é também reforçada por Silva e cols, (1996) quando afirmam que das 13 às 19 horas a probabilidade de adormecer é grande e até as crianças tal como os adultos, apresentam dificuldade de se manterem em actividade depois do almoço, acrescentando ainda “ A sesta deveria ser assegurada, quer nas escolas quer nas empresas, sempre que fosse possível, a bem da saúde e do bem-estar” (p. 77). O facto de ser importante passear após a ceia prende-se com os aspectos da digestão, os quais são corroborados por Winck (2006) e Fernandes (2007). A ideia do provérbio “Corpo na cama senão dorme descansa” é clara na medida em que para além da necessidade “sono”, o repouso é fundamental após um período ou dia de trabalho.

O “Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer” tem implícita a ideia defendida por Mendes (2005) quando diz que a hora de levantar e deitar constitui um factor de diferenciação importante, quanto mais retardada for a hora de deitar, mais o sono é encurtada e no caso da criança manifesta dificuldades de ordem psicológica, física e intelectual. A este propósito a autora refere-se entre outros, aos **Matutinos** e **Vespertinos**. Os primeiros, também chamados “pássaros da manha”- aqueles indivíduos que se deitam e acordam cedo - estando mais dotados de energia, maior nível de concentração de atenção da parte da manha, ficando letárgicos ao fim do dia. Os segundos, também chamados “corujas nocturnas”- são indivíduos que se deitam tarde e acordam tarde. As características são opostas os anteriores, manifestando níveis de energia baixos de manhã estando no auge ao entardecer. Ora pelo exposto, parece claro que as implicações são evidentes na medida em que a criança e o adulto tem compromissos educativos e laborais, respectivamente condicionando assim o seu bem-estar. Paiva (2005) diz-nos também que qualquer que seja o número de horas que cada um precise de dormir é importante que o faça em horários minimamente fixos.

O mesmo acontece com “Quem come e dorme com todos os males pode” e “Quem dorme descansado, dorme-lhe o cuidado”, pois ao dormir bem repõe as energias para o trabalho do dia seguinte. Ao diminuir a actividade cerebral causada pela diminuição da actividade metabólica está a contribuir para o que Paiva (2005) chama de recuperação somática e psicológica.

Tabaco

“Tabaco e aguardente tornam o são em doente”

Ao atribuir a responsabilidade de 87% dos casos de cancro do pulmão ao tabaco e reconhecer o consumo do tabaco na origem de múltiplas doenças e todas elas podendo ser evitáveis parece ser mais do que urgente actuar neste âmbito (WHO, 2005, SPP; 2004, DGS, 2007).

O consumo de tabaco é o comportamento cujos efeitos sobre a saúde mais têm sido estudados e cujos resultados recolhem mais concordância (Ribeiro, 1998; Mello, Barria, Breda, 2001 & Falé, 2005). Os provérbios “Baco, tabaco e Vénus reduzem o homem a cinzas” e “Tabaco e aguardente transformam os são em doentes” dão a ideia clara das implicações que esta substância tem para a saúde das pessoas. Não há dúvidas na comunidade científica, quanto aos efeitos nefastos deste comportamento de risco quando isolado, quando associados por exemplo ao alcoolismo, agudizam a situação.

Os malefícios do tabaco repercutem-se em vários sistemas. O cancro do pulmão (resultante da agressão ambiental) está presente em 90% dos casos, e destes 80% relacionados com o tabagismo, activo e passivo (Loureiro, Barata, Teixeira (2002). Além dos efeitos indesejáveis sobre o aparelho respiratório, estendem-se ao sistema cardiovascular e nesta perspectiva agudiza as preocupações pois que no nosso País este tipo de patologias estão associadas à 1ª causa de morbilidade e mortalidade. A diminuição da oxigenação, aumento da libertação de catecolaminas associada a um ritmo cardíaco e um tônus muscular aumentado, os fumadores apresentam um perfil lipídico igualmente favorável ao desenvolvimento da aterosclerose (aumento de concentrações séricas mais elevadas de colesterol total (US department of health and Human Services, 2004 & Nunes, 2006).

Tratando-se de um risco totalmente evitável é sem dúvida algo que urge mudar. Pelo exposto anteriormente é caso para dizer que o tabaco não precisa da aguardente para transformar o são em doente²⁷. Se isoladamente provoca tantos efeitos prejudiciais a quem fuma e às pessoas envolvidas, quando associado à aguardente que é uma bebida destilada com elevado teor alcoólico e como tal vai provocar malefícios aquando do seu consumo. A intervenção passa pela redução do consumo do tabaco e pela continuidade na implementação da consulta de cessação tabágica. Os benefícios desta são visíveis algumas horas, sendo que passadas 12 horas de cessação os níveis de dióxido de carbono no sangue voltam ao normal e os níveis de oxigénio aumentam (SPP, 2004; DGS, 2007). Por outro lado a cessação tabágica total geraria uma redução de 5,8/ na morbilidade 5,9% em DALYS²⁸.

“A saúde não se compra”

Na realidade não existem espaços de transacção comercial onde possamos adquirir saúde. A própria concepção de saúde da OMS, por mais críticas que lhe sejam apresentadas ela encerra algo imensurável, que só pode ser avaliada por quem a usufrui. Considerada

²⁷ Sublinhado nosso

²⁸ A OMS e o Banco Mundial utilizam os DALYs (Disability Adjusted Life Years) como medida da quantidade da saúde perdida em tempo:

- Anos perdidos por morte prematura - obtidos pela diferença entre a idade na altura do falecimento e esperança de vida padrão para essa idade;

- Anos perdidos por incapacidade - dados pelo tempo decorrido sofrendo uma incapacidade com um coeficiente entre 0 (sem incapacidade) e 1 (incapacidade total) = morte

por muitos também um contínuo investimento (Ribeiro, 1998; Nunes, 2002 & DGS, 2004), em momento algum não conseguem quantificar numa unidade de medida. Por outro lado a Saúde, não se pode comprar, porque não tem preço, como já reflectimos anteriormente, no entanto tem custos (Honoré, 2002), que são debitados de facto à saúde mas são gastos com a doença (gastos não com a saúde mas com a falta dela, nomeadamente gastos com cuidados médicos de enfermagem e tecnologias, entre outros).

As despesas com saúde não podem ser dissociadas dos ganhos de saúde. E isto, porque a redução da mortalidade infantil ou o aumento da esperança de vida, por exemplo, têm custos, e esses custos são os aumentos dos gastos com saúde. Ou seja, para obter ganhos em saúde também é preciso ter despesas (não esquecer que os resultados de alguns indicadores de saúde taxa de mortalidade infantil, perinatal e taxa de mortalidade materna, por exemplo são conseguidos através de medidas de prevenção e Promoção da Saúde) e que também são necessários recursos para os conseguir. Estes gastos nesta perspectiva não podem ser entendidos como tal, mas sim como um investimento.

Quando a sabedoria popular afirma que “Mais vale boa saúde que pesada bolsa” transmite a mensagem de que pode existir de facto dinheiro, que não terá sentido, se a pessoa não tiver energia, vitalidade, equilíbrio a que Honoré (2002) considera indispensáveis para poder gozar os bem materiais e palpáveis. Apesar desta ideia ser generalizada na literatura consultada referem-se estudos de Szwarcwald e cols (2005) em que uma percepção precária de saúde é vista como sofrimento, dor e desconforto em interacção com outros factores dos quais o bem estar material ou seja o dinheiro é relevante.

“Um doente come pouco e gasta muito”.

A doença está associada à desordem e aos cuidados. Ora, os cuidados diferenciados estão direccionados para esta e envolvem maiores custos de tratamento, associados a maior número de consultas médicas e até internamentos. “A doença é celeiro do médico” e “Quem tem dinheiro abra a bolsa e tenha paciência” referem isso mesmo, os custos adicionais acompanhados de paciência, pelo tempo necessário à sua recuperação e pelo sofrimento associado, como pela perda da qualidade de vida, nomeadamente no que respeita às doenças crónicas (Ribeiro, 1998).

A comprovar que de facto a saúde não se compra mas está associada a custos, é o investimento feito pelos países para esse fim. Portugal, segundo dados da OCDE em 2007,

ascendeu a mais de 10% do PIB, muito pouco se compararmos com os Estados Unidos onde essa despesa ascendeu aos 15% do PIB.

Os provérbios: “Juventude sem saúde é decrepitude” e “Saúde e alegria beleza cria” são corroborados por Ribeiro, (1998); Honoré, (2002) e Nunes, (2002) quando referem que a saúde além de ser um recurso precioso é sinónimo de jovialidade, energia e alegria.

As doenças crónicas são as que abrangem maior despesa ao Sistema Nacional de Saúde, na medida em que, tal como já tivemos oportunidade de verificar com o tabagismo e as doenças a ele associadas, a perda de incapacidade é elevada assim como todas as doenças crónicas em geral. Assim sendo, parece evidente que a maior parte deste investimento se direcione no tratamento das doenças e não na promoção e manutenção da saúde.

Relacionamento/Amizade

“Vinho azeite e amigo o mais antigo”

É praxis frequente que muitas amizades se consolidam a partir de um encontro que começa com uma refeição num primeiro encontro seja ela mais ou menos requintada. Sendo através do alimento que se obtém energia necessária para poder pensar e trabalhar, parece óbvio, que o entendimento passa pelo alimento: “ O alimento faz bom entendimento”. Também é verdade que a história revela a concretização de grandes negócios à volta de uma mesa durante uma refeição.

A forma como comemos, e o que comemos traduzem mensagens comunicacionais à medida que comemos. As emoções expressas pelo sabor, prazer, satisfação ou aversão ou dissabor quando fazemos uma refeição, podem desencadear no outro uma atenção mais ou menos intensa podendo neste sentido permitir a aproximação e porque não intimidade, entre duas pessoas. Importa referir neste contexto e tal como defende Branco (2004, p. 39) que “as emoções em geral podem ser protagonistas de alterações fisiológicas que, ao instalarem um estado de corpo positivo ou negativo, condicionam a percepção pessoal do estímulo, podendo alterar o comportamento de resposta”. É justamente pelo exposto, que se o alimento for bom em todos os aspectos, desencadeia emoções positivas em quem o ingere, proporcionando uma aproximação física e psicológica com mais sucesso.

A ocasião faz o ladrão

“Diz-me com quem andas dir-te-ei quem és”

Os contributos da psicologia e pedagogia, têm revelado que a aprendizagem e os modelos comportamentais são fundamentais em todo o processo de socialização. Os provérbios: “Malandro não tem vícios, só fuma e bebe quando joga” faz alusão clara de que as circunstâncias em que se praticam determinadas actividades pode condicionar uma maior ou menor tendência para determinados comportamentos de saúde, sejam eles promotores de saúde ou de risco.

A influência dos comportamentos, nomeadamente no período da adolescência, através dos pares está mais do que provado também pela psicologia. O caso do provérbio “ Na taberna enquanto bebes, na igreja enquanto rezas” encerra também a ideia dos comportamentos em função dos contextos.

Resultados de um estudo de Matos, Carvalhosa e Fonseca (2001) concluíram além de outros resultados, que uma alimentação saudável (consumo de alimentos saudáveis e ausência de consumo de alimentos não saudáveis) aparece relacionada com outros comportamentos de saúde tais como não fumar, não beber e não consumir drogas. Este estudo efectuado sobre comportamentos alimentares dos jovens Portugueses, com 6903 alunos do 6º, 8º e 10º ano demonstrou ainda que a prática de uma alimentação saudável estava relacionada com maior envolvimento na escola com a família e com os pares e com um envolvimento menor em actos de violência.

Prevenção Primária

“Quem dói a mó (dente) procura o barbeiro”

Em termos de saúde e de evolução dos cuidados de saúde e políticas de saúde nem sempre foi o que é na actualidade. Tal realidade conduzia a formas que podem parecer absurdas perante fenómenos de desequilíbrios ou instalação da doença. O povo ao dizer “quem dói a mó que vá ao barbeiro” fazia todo o sentido na medida em que na ausência de técnicos de saúde, o barbeiro era quem exercia a actividade de “dentista”.

Quando se ouve dizer que “A doença e dor conhecem-se na cor” ou “O mal e o bem à cara vem” é de facto verdade, pois tal como descreve a circular normativa - a dor como 5º sinal vital - da DGS, (2003:p.3) “A dor é um experiência multidimensional desagradável, que envolve uma componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que sofre”. Considera esta organização de saúde que apesar da dor aguda, associada também a situações agudas habitualmente, é limitada no tempo, pelo contrário a dor cró-

nica é muitas vezes rebelde e leva a sequelas incapacitantes. Acrescenta no entanto que todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida das pessoas. Esta evidência já havia sido também defendida por Ribeiro, (1998). Finalmente e tal como está explícito em “Tosse, amor e febre ninguém esconde” é uma verdade pois a tosse e a febre são sinais objectivos, que podem ser observados e interpretados pelo técnico de saúde através dos órgãos dos sentidos (visão e audição).

Dos provérbios estudados que alertam para a necessidade de antecipar à doença, “Mais vale prevenir que remediar” é elucidativo de como a prevenção, é preferível à resolução de um problema ou processo patológico instalado. A vacinação é disso exemplo.

A vacinação, considerada uma prática adequada na prevenção das doenças infecciosas (DGS, 2006), permite não só diminuir a incidência das mesmas como também o seu controlo e erradicação. Num estudo descritivo transversal sobre “cuidados preventivos” pelo Homem em Portugal continental numa amostra de 624 indivíduos, elaborado por Branco e Nunes (2007) em 2006 em que visava estimar práticas relacionadas com medidas preventivas, no que tange às práticas face a doenças infecciosas 591 indivíduos declaram ter feito o último reforço da vacina contra o tétano à menos de 10 anos.

Considerando que o Plano Nacional de vacinação recomenda um reforço de 10 em 10 anos, estes respondentes tinham uma prática preventiva adequada. Neste estudo verificou-se uma associação positiva entre a realização de exame prático de saúde (vigilância) adequada e o nível de instrução, sendo que o nível superior atingiu 85% de práticas preventivas adequadas. Estes resultados levam-nos a reflectir sobre a necessidade de reforçar a capacitação do cidadão e aumento da literacia em geral e literacia em saúde, em particular.

O mal, como sinónimo de doença, desequilíbrio e sofrimento também pode ter uma simbologia positiva, tal como nos alerta Gameiro (1999), ele pode assumir um papel positivo como factor de reajustamento e busca de novos significados para a vida no confronto da pessoa com as suas fragilidades e sua finitude. O mesmo defendia Ribeiro, (1998), Gameiro, (1999) ao referirem que aceitação da doença conduz a uma reorganização de papéis decorrentes desta experiência.

O provérbio “Só se dá valor à saúde, quando se está doente” parece ser ainda uma realidade. Resultados obtidos por Branco e Nunes (2007) em 624 indivíduos com mais 25 anos quando questionados sobre se realizaram algum exame periódico de saúde após terem

completado 18 anos, 65,8% responderam “não precisar” e 31,8% referiu “nunca pensou sobre o assunto”. Estes resultados traduzem, tal como o provérbio, a necessidade de preservar a saúde como recurso essencial só depois da doença estar instalada.

No provérbio “Há males que vêm por bem” está também a mensagem de que a doença e o sofrimento perante a finitude da vida pode ser encarada de forma positiva (Nunes, 2002). Se interpretarmos o mal como um bem, na medida em que quanto mais cedo a pessoa sentir as alterações, mais cedo será diagnosticada uma patologia e como tal mais sucesso de cura. Isto considerando que uma grande parte da população não sente necessidade de vigilância, só procurando os serviços de saúde após o aparecimento da sintomatologia.

A DGS (2003) enfatiza que nem todos precisarão de consultar regularmente o médico mas, os exames periódicos, tornam-se especialmente relevantes, após os 40 anos de idade, quando se verifica no homem um aumento da morbilidade, nomeadamente por doenças cardíacas e oncológicas.

Parece claro que em muitas e variadas circunstâncias o provérbio “Mais vale prevenir que remediar” pode ser aplicado na tentativa de valorizar a antecipação ao risco, prevenir sequelas que podem advir desse mesmo risco. Veja-se o caso da redução de morbi - mortalidade por doenças infecciosas a partir do momento em que foi implementado o Plano Nacional de Vacinação em que a vacinação foi e é a melhor medida profilática para reduzir uma gama variada de doenças e controlar a sua disseminação (DGS, 2006).

A sociedade de consumo actual, tal, como os nossos antepassados em contextos diferentes, cedo teve que aprender a gerir os riscos que advêm do ritmo de vida a que as pessoas estão sujeitas (e isto pode aplicar-se tanto a circulação acelerada quer de bens quer de pessoas). A multiplicação da sinalética orientadora da forma de viver, bem como também a forte sincronização de toda a actividade laboral requer formas de estar e comportamentos que podem evitar agravos à saúde. Vejamos por exemplo os comportamentos que podem estar na base da prevenção de acidentes, quer sejam domésticos, de trabalho ou rodoviários (o uso de capacete, protecção ocular ou de comportamentos cívicos a ter perante a condução, ente outros).

Lamentavelmente no dia-a-dia é frequente a observação de atitudes inadequadas por parte de alguns condutores, que prejudicam o bom desempenho do trânsito, representando riscos a eles próprios e aos demais usuários da via pública. Por meio da observação diária, é possível verificar vários padrões de desvios (Nunes, 2007).

No mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 50% das vítimas mortais por acidentes de trânsito são jovens, entre 15 e 44 anos. Estes dados trágicos não são só significativos em função das vidas perdidas como o impacto negativo que os mesmos provocam à família e à sua própria qualidade de vida.

O comportamento ao volante revelou em estudos de Nunes (2007) algumas imprudências determinantes de acidentes fatais no Brasil e que por ordem de incidência foram:

- Velocidade excessiva;
- Conduzir sob efeito de álcool;
- Distância insuficiente em relação ao veículo dianteiro;
- Desrespeito a sinalização;
- Conduzir sob efeito de drogas.

Pelo supracitado, o provérbio “Vale mais perder um minuto na vida do que a vida num minuto” encerra de uma forma lacónica, que se não houver a devida atenção na execução de uma actividade (por exemplo conduzir em velocidade excessiva, não respeitando as regras de segurança necessárias, para chegar mais rápido ao destino) as consequências desse comportamento inadvertido podem ser fatais. Também o provérbio “Mais vale um pé no travão que dois no caixão” encerra nesta perspectiva que a antecipação, o cuidado, atenção, precaução é preferível à morte, aqui expressa no caixão.

Loureiro, Barata, Teixeira (2002) são peremptórios ao afirmarem que em cerca de 90% dos tumores, a prevenção assume um papel fundamental na estratégia da luta anticancerígena ao se referirem a uma das patologias com elevada incidência associada ao estilo de vida – Cancro do pulmão provocada pela poluição ambiental e particularmente pelo tabaco.

A mensagem de prevenção mais ou menos explicitada na sabedoria popular, continua actual e parece ser fundamental na medida em que os cuidados preventivos podem contribuir para reconhecer atempadamente muitas doenças.

Prevenção Secundária

“Assumir a doença é o primeiro passo para a cura”

O provérbio acima citado ou ainda outro “Não há doente mais incurável que aquele que não reconhece a sua doença” evidenciam a importância do reconhecer que se está doente, é importante na medida em que esta “obriga” a uma série de adaptações que por um lado facilitam o tratamento e por outro necessitam de uma readaptação funcional em rela-

ção às actividades de vida diária. A este propósito, Branco e Nunes (2008) num inquérito a 732 pessoas feito por telefone a indivíduos com 18 e mais anos em que as variáveis utilizadas, entre outras, contemplaram a caracterização dos inquiridos, nomeadamente, no que diz respeito: *ao reconhecimento de sinais de alarme do Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral*; *ao comportamento adoptado perante a ocorrência de um Enfarte ou AVC*; *conhecimento sobre a campanha “Seja mais rápido que um Enfarte/AVC”*.

- 84% Identificaram «dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito» como sinal de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio;
- 48% Identificaram «encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vômitos» como sinal de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio;
- 45% Identificaram «dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito» e «encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vômitos» como sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio;
- 85% Identificaram «ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente» como sinal de alarme de Acidente vascular Cerebral;
- 93% Identificaram «adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado» como sinal de alarme de Acidente Vascular Cerebral;
- 82% Identificaram «ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente» e «adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado» como sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral;
- 82%, perante a ocorrência de um Enfarte Agudo do Miocárdio ou de um Acidente Vascular Cerebral, o que fariam em primeiro lugar, seria «Ligar 112»;
- 40% Identificaram «dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito» e «encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vômitos» como sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e ligariam 112, em primeiro lugar, na eventualidade de uma ocorrência de EAM;
- 68% Identificaram «ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente» e «adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado» como sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral e ligariam 112, em primeiro lugar, na eventualidade de uma ocorrência de AVC;
- 24% Já tinha ouvido falar da campanha «Seja mais rápido que um Enfarte ou AVC»;

O reconhecimento dos sinais de alarme só é possível se as pessoas estiverem informadas. Neste sentido poderão actuar mais precocemente e evitar sequelas irreversíveis. Estudos de Rocha (2008) onde incluiu 252 doentes com AVC isquémico. De 16 doentes que fizeram trombólise, apenas 4 deles contactaram a emergência pré-hospitalar e que o tempo médio entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital foi de 78 minutos (13

minutos depois do recomendado e 17 depois da média nacional). No contexto intra-hospitalar o início da trombólise aconteceu 70 minutos depois da entrada no Serviço de Urgência (4 minutos mais tarde que o preconizado). Com o tratamento obteve-se uma melhoria franca em 5 doentes, melhoria significativa em 7, melhoria pouco significativa em 3 doentes e apenas um sem melhoria, ausência de melhoria num doente. O elevado êxito terapêutico (74,9%) nestas situações teve a ver, segundo a autora com a rapidez de actuação e cumprimento correcto do protocolo instituído.

Tendo em conta a elevada incidência das patologias do foro cardiovascular no panorama da morbilidade e mortalidade a nível Nacional e Internacional, faz sentido valorizar em tempo útil a sintomatologia. Também os provérbios, “A doença e a dor conhecem-se na cor” ou “Quem dói a mó procura o barbeiro” e “Fora de horas urinar é sinal de enfermar” expressam a ideia que tal como a cor (coloração das mucosas, por exemplo), o urinar em demasia e a presença da dor surgem como uma chamada de atenção de que algo não está bem.

Depois de instalada a doença, torna-se fundamental a recuperação e por vezes limitar as inevitáveis sequelas, prevenindo assim a incapacidade mais ou menos previsível. O provérbio “Tudo tem remédio menos a morte” reflecte, de forma inequívoca, a inevitabilidade da morte. Também o ditado popular: “Doença longa morte lenta” transmite o sofrimento associado às doenças crónicas e de evolução prolongada: ao sentimento de dor, muitas vezes de angústia, negativismo, perda de esperança, embaraço e desconforto a que Ribeiro, (1998) faz alusão. Neste âmbito, também estudos de Almeida (2008) comprovam que a vigilância e a prevenção de sequelas são fundamentais. De 124 amputações nos membros inferiores no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 53% eram diabéticos.

Nos diabéticos, 72,7% das amputações foram desencadeadas por causas evitáveis, havendo predomínio de amputações menores (73,1%), a maioria era de diabéticos do tipo 2 (86,4%), com mais de 10 anos de diagnóstico da doença (59,1%) e faziam uso de insulina (60,6%) como forma de tratamento. Grande parte dos diabéticos nunca haviam integrado grupos de Educação para a Saúde (57,6%), porém 69,7% relataram ter recebido anteriormente orientações quanto a cuidados com os pés. Mais de 80% deles dosavam glicemia capilar em instituições de saúde e mais da metade fazia o exame apenas mensalmente ou ainda mais esporadicamente. Quando comparados aos não diabéticos, apresentavam-se significativamente mais obesos ou com sobre peso ($p = 0,001$) e com os níveis de ureia e creatinina mais elevados ($p = 0,011$ e $p = 0,012$ respectivamente). A prática de actividade física não era hábito da maioria dos pacientes amputados, apesar

de relatarem conhecer sua importância e benefícios. Nos não diabéticos prevaleceram as amputações maiores (58,2%) e houve associação com o tabagismo ($p;0,001$).

A prevenção, mais pertinente se torna, na medida em que aproximadamente 40% dos indivíduos diabéticos podem desenvolver posteriormente complicações tardias da sua doença. Estas evoluem de uma forma silenciosa, estando muitas vezes já instaladas aquando da sua detecção. Actualmente é possível diminuir os seus danos através de um controlo rigoroso da glicemia, da tensão arterial e dos lípidos, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (Almeida, 2008).

Em síntese:

Considerando que a maioria dos provérbios se inserem no âmbito da Promoção da Saúde e na categoria comportamental parece sensato recordarmos Bandura - que tal como os comportamentalistas defendem - diz que as consequências ditam em boa escala o nosso comportamento, onde as acções que geram consequências positivas tendem a manter-se. A diferença entre a aprendizagem por condicionamento operante e a aprendizagem social é que para a primeira, as consequências têm objectivo de fortalecer o comportamento e para a segunda, são as fontes de informação e de motivação (Silva, 1982). É justamente o contexto de socialização que começa na família, que a aprendizagem, e a estruturação do ser humano se alicerça, como tal se desde pequenos ouvimos, aprendemos e comprovamos exemplos de práticas promotoras de saúde, em adultos estamos concerteza mais capacitados para tomar decisões responsáveis e salutogénicas.

8 CONCLUSÕES / PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

“Trabalho e fortaleza, manancial de riqueza”

À medida que a sociedade se torna cada vez mais dependente do conhecimento, é necessário questionar como ele pode ser obtido, no sentido de promover a literacia em geral e a saúde em particular. A aprendizagem é um processo contínuo, que se inicia nos primeiros minutos de vida e vai sendo enriquecida nos diferentes contextos. Importa realçar que existem diferentes saberes que ajudam a compreender a mesma realidade.

Ao longo da vida, aprendemos, vivendo, fazendo coisas diferentes com pessoas diferentes, não apenas sendo ensinados através de processos formais. Além disso as pessoas têm a capacidade de ensinar, transmitindo valores que a sociedade tem acumulado, “a leitura do mundo revela, evidentemente, a inteligência do mundo que vem cultural e socialmente se construindo. Revela também o trabalho individual de cada sujeito no próprio processo de assimilação da inteligência do mundo” (Freire, 1996, p.139).

O senso comum e a ciência são expressões da mesma necessidade básica, a necessidade de compreender o mundo, a fim de viver melhor e sobreviver. O contributo da história e dos processos históricos do conhecimento da ciência tem sido reveladores de manifestações culturais que traduzem o *modo vivendus* das pessoas.

Parece ter ficado claro que a sabedoria popular não deve ser ignorada. Este tipo de conhecimento não é melhor ou pior que o conhecimento científico, é diferente. Tanto o senso comum como o conhecimento científico são formas de transmitir conhecimento, inclusive porque ambos têm falhas e não explicam tudo.

Sendo também um dos objectivos deste estudo verificar corroboração científica dos provérbios encontrados no que à saúde diz respeito verificámos que na maioria 56,55% do total encerram verdades científicas aceites na actualidade. Apenas em 43,45% não foi encontrado fundamento científico. Fica a ressalva que, nalguns destes, foram considerados sem corroboração porque não entramos em aspectos parciais do conteúdo dos mesmos, ou seja parte da semântica era considerada verdadeira mas a outra sem qualquer fundamento.

Da recolha de provérbios efectuada a grande maioria situa - se na área da Promoção da Saúde 250 num total de 290 provérbios estudados. A categoria comportamental, dentro da Promoção da Saúde, relativamente aos diferentes determinantes da saúde (alimenta-

ção, exercício físico, sono e repouso e consumo de drogas e/ ou/álcool foram encontrados 104 provérbios).

No âmbito da prevenção primária situa-se 22 provérbios. Por último, relacionados com a prevenção secundária recolhemos a minoria, 18 provérbios.

Salientamos 13 mensagens proverbiais que se referem à saúde como um bem maior e precioso que urge preservar e 53 mensagens imbuídas de moralismo implícito ou explícito.

A linguagem proverbial é vista como interacção social, e possui gratuitamente um carácter persuasivo. É de consenso geral, que os provérbios possuem uma dimensão espaço-temporal. Eles desenvolvem-se de uma região para outra atravessando áreas geográficas e séculos. Ao serem transportados de uma região para outra, adaptam-se às variações linguísticas de cada região. Estas variações ocorrem no âmbito da fonologia, morfologia, semântica e até do léxico. Sendo fórmulas colectivas e tradicionais reflectem maravilhosamente a mentalidade de um povo, a sua história, os seus costumes, crenças, estados afectivos, tendências gerais, aos olhos de quem saiba vê-las e utilizá-las como instrumentos de indagações superiores (Bragança Júnior, 1999). Santo (2002) refere-se à importância do senso comum, justificando a sua aproximação ao conhecimento científico pelas características do próprio senso comum, tais como: causa e intenção, prática e pragmática; transparência e evidência, superficialidade e abrangência, espontaneidade, flexibilidade e persuasão.

A Promoção da Saúde propõe a articulação dos saberes técnicos e populares, a mobilização dos recursos institucionais e comunitários para enfrentar e resolver problemas. Corroboramos a ideia da “construção partilhada do conhecimento” defendida por Valla e Stoltz (1993) e Valla (2000) quando nos dizem que esta é a melhor estratégia para alcançar a saúde.

Nesta linha de pensamento, reconhece-se mais uma vez a importância da Ciência para esclarecer aspectos suscitados pelo senso comum. Torna-se necessário no entanto, que os profissionais de saúde em particular e a comunidade académica em geral, compreendam o elo entre esta e o senso comum, para que a partir destes dois conhecimentos possamos construir um novo conhecimento.

Salienta-se a ideia de Matos e cols (1998) quando diz que a Promoção da Saúde não depende só do sector da saúde e que necessita da participação de outras estruturas da comunidade. Ela diz respeito a todos e só através de processos que assentam na valorização das pessoas e na criação de condições que lhes permitam desenvolver todo o seu

potencial de saúde e humano será possível vir a formar gerações mais saudáveis. Pelo exposto fica claro que o recurso aos provérbios, imbuídos de uma sabedoria popular, como forma de promover comportamentos de saúde deveria ser mais credibilizado. A capacitação pessoal e humana fica facilitada na medida em que como refere Ribeiro (2003) eles têm um valor didático e expressam verdades e evidências que exprimem de forma simples, situações complexas.

Um outro aspecto que nos parece importante reter após esta pesquisa, é que de facto os homens tem a saúde e doença conforme a vida que têm (Collière, 1999). Isto, não no sentido integral, no entanto parece evidente que os estilos comportamentais que cada um pratica, podem condicionar a manutenção de uma vida saudável e podem prevenir ou tornar mais célere o aparecimento da doença. Tal como os ensinamentos deixados já pelo pai da medicina – Hipócrates - destacamos os três princípios centrais, cuja mensagem passa em forma de provérbio "todo excesso se opõe à natureza"; "andar é o melhor remédio para o ser humano" e "que o teu alimento seja o teu remédio e teu remédio seja teu alimento".

A posição de destaque da alimentação, leva-nos a afirmar aquilo que Peres²⁹, (1992) sempre defendeu: "Somos aquilo que comemos".

Mais uma vez, esperamos que estas questões abordadas ao longo deste trabalho, contribuam para que os profissionais da área da saúde, grande parte deles defensores do modelo biomédico, compreendam que, é cada vez mais importante investir num novo e velho paradigma - o salutogénico.

A ausência de investigação neste âmbito foi para nós um obstáculo, mas também um desafio, uma vez que se tornava inovador. Damos por finda esta "caminhada", partindo do pressuposto de que no processo de construção do conhecimento o consenso total não pode ser alcançado, acreditando que todo um fim leva a um novo começo. Consciente, de que não esgotámos o tema, mas com uma certeza de que é necessário lutar contra a grande incoerência a que Honoré (2002) se refere: fazer tantos esforços, despender tanta energia e recursos para reparar e tão poucos para prevenir, desenvolver e promover a saúde.

²⁹ Dr Emilio Peres - Médico Português , com várias obras publicadas acerca da alimentação, é considerado por muitos o Pai dos Nutricionistas Portugueses

Após este percurso, mesclado de momentos de dificuldade, persistência e alento, fica a convicção de que a parameologia pode ser uma ferramenta pedagógica a explorar, podendo mesmo sensibilizar a quem de direito, como estratégia de Promoção da saúde. Considerando ainda que se postula que a aprendizagem é feita ao longo da vida, tal como nos diz o provérbio “aprender até morrer” recordamos no entanto que o marco fundamental da aprendizagem é a infância e os saberes geracionais explorados no ambiente familiar, social e escolar poderão ser uma mais-valia no âmbito da saúde. Ainda em jeito de conclusão, esperamos que este trabalho contribua para a obtenção de ganhos em saúde e maior respeito pela “sabedoria popular” como fonte de pistas para comportamentos de saúde e advertências aos comportamentos de risco.

Propostas de Intervenção

Este trabalho de pesquisa partiu do pressuposto que o manancial de mensagens do saber proverbial, teria vindo a ser apesar do seu formato de oralidade - uma fonte essencial, na educação das gerações e uma mais-valia em termos da preservação da sua saúde. O estudo da temática, tornou-se pertinente, não só para aquisição e reconhecimento da passagem da mensagem ao nível histórico sociocultural, mas sobretudo e em essência – porque tem aqui o estatuto de objecto de estudo - para compreender como e quem, veio fazendo a formação do que seria “bom” ou “mau” fazer, para manter a saúde, e qual a importância dos conteúdos dos provérbios nesses contextos.

Os resultados, tal como atrás foram apresentados, vieram corroborar em geral esse pressuposto. Tal como também se deixou claro, nem todos os provérbios puderam ser cientificamente comprovados, e dos comprovados, a maior incidência situa-se claramente na área da Promoção da Saúde, facto que deixa ao contexto da Educação para a Saúde um imenso e pertinente espaço de interacção com as comunidades.

Tal como já foi argumentado, poderiam então os provérbios - em si mesmos - servir como uma pertinente e reconhecida (na linguagem expressiva cultural) ferramenta de trabalho, para a operacionalização no terreno de iniciativas de Educação para a saúde, junto das comunidades locais e regionais, já que se utiliza a sua própria linguagem, no seu sentido semântico.

Acreditamos que nem todos possam (nem devam) ser utilizados neste conjunto de propostas de intervenção, consideramos contudo que não deve ser apenas pelos números que se deve avaliar a importância de um tema. Apesar de existirem ainda muitos provér-

bios que no contexto socioeconómico e cultural actual não é cientificamente reconhecível – pelo menos a partir da literatura disponível - que façam qualquer sentido, e não se tenha encontrado - pelo menos durante o percurso deste estudo - qualquer corroboração pela comunidade científica, o facto é que uma grande quantidade deles, incentiva-nos a práticas saudáveis, salientam efeitos nefastos sobre práticas inadequadas, apelando em inúmeras situações para a noção de equilíbrio.

A noção da responsabilidade individual e colectiva no âmbito da saúde - Capacitação e Empowerment – foi já sentida como uma necessidade, na Carta de Ottawa, (1986) na medida em que os comportamentos mais ou menos saudáveis podem interferir em qualquer fase da vida.

Assim, e partindo de uma linha orientadora, do que é preconizado em termos de **Educação para a Saúde**, serão agora apresentadas um conjunto de propostas de intervenção que terão como unidade base de mensagem, os provérbios e a explicitação do seu sentido e significado, para a construção de comportamentos e opiniões responsáveis no sentido capacitar e promover a aquisição de poder pelo saber (empoderar), nas populações alvo que estas propostas visarão.

Em suma, parte-se agora e definitivamente do pressuposto, que acreditamos no poder da mensagem proverbial - seja em espaços institucionais de saúde ou não – e que poderão organizar-se momentos de partilha de saberes.

Como poderão ser operacionalizados estes momentos de aprender a aprender e a desenvolver a Educação para a Saúde?

Vejamos como se pode intervir: após este estudo, será legítimo esperar que aquilo que os provérbios evidenciam, poderão eventualmente, gerar por parte de alguns os técnicos de saúde alguma menor credibilidade – pelo menos por a parte de alguns - na medida em que emergiram do senso comum e veio sendo através da prosódia do povo que se tornaram perenes.

PROPOSTAS - Método de Operacionalização

Tendo esta ideia por base, e considerando os números assustadores de iliteracia no nosso país, bem como baixos índices de leitura, torna-se pertinente – num momento imediato:

1. Divulgação dos resultados deste estudo. A operacionalização desta divulgação será a nível de publicação e apresentação institucional, seja em espaços de saúde seja em espaços de educação.

Numa primeira fase, tendo presente a Missão do Instituto Politécnico de Bragança – necessidade de Intervir na Comunidade, **divulgação oral** em conferências e palestras e **divulgação escrita** em Revistas Indexadas da área da saúde e/ou educação.

2. Promover e Proporcionar a Troca de Saber Intergeracional

Esta tipologia de intervenção, teria como população alvo, os utentes de lares de idosos, que poderão ser convidados (depois de envolvidos nas propostas e sua finalidade, e acompanhados pela Equipa de Educação para a saúde), a citar em momentos próprios, os conteúdos dos provérbios e a sua percepção pelo idoso que o cita:

- em tertúlias ao serão, entre a população dos lares;
- em tertúlias para um momento, nas tardes, com os visitantes;
- em tertúlias de rádio, por exemplo, aos ouvintes;
- em momentos pré organizados, os utentes de lares de idosos poderão ainda ser convidados a vir às escolas, (nomeadamente as do Politécnico de Bragança) em momentos/ datas considerados pertinentes.

Isto seria viável?

O envelhecimento activo da população pressupõe uma mudança de paradigma, no entendimento do que é ser actualmente idoso e o seu estatuto na colaboração activa para o desenvolvimento. Como tal, urge reconhecer os idosos – ou melhor, seres humanos cronologicamente menos recentes - não apenas com como imagem de o fragilidade ou desânimo, e como tal devem ser considerado um conjunto de actividades que proporcionem maior autonomia e sentimento de utilidade. Além da utilização de estilos de vida saudável, o recurso ao saber e comunicabilidade dos idosos no processo de aprendizagem - no que concerne àquilo que a experiência lhes ensinou, como verificado e condensado na essência de muitos provérbios - poderá ser uma estratégia a utilizar, utilizando o seu manancial de saberes.

Esta promoção de encontros inter-geracionais entre idosos institucionalizados e alunos de escolas do ensino primário e secundário, no momento de abordagem dos conteúdos programáticos relacionados com a saúde, parece ser uma hipótese de veicular a noção

de envolvimento intergeracional, que tanto se encontra nas finalidades dos órgãos decisórios das políticas da saúde. Esta prática, operacionalizada de forma parcelar e progressiva, com acompanhamento técnico, contribuiria para a diminuição da solidão muitas vezes vivenciada em instituições e aumentaria o sentimento de auto-realização e auto-estima.

3. Educação para a Saúde em Formato de Imagem Proverbial

Esta proposta traduziria a operacionalização da **Elaboração e divulgação de suportes de informação relativos à saúde** com apresentação apelativa à reflexão sobre comportamentos de saúde, onde poderão ser elaborados flyers, marcadores de livros, autocolantes e pins académicos alusivos a comportamentos de saúde.

4. Numa segunda fase - fazer um diagnóstico situacional do uso de provérbios em contextos de saúde, por parte dos profissionais de saúde operacionalizado da seguinte forma:

- a). Seleccionar uma População alvo, nos Centros de saúde da região - Profissionais de Saúde
- b). Finalidade - Realizar um estudo quantitativo para determinar (em quantidade e identificação) do uso ou não de provérbios, bem como a percepção da frequência do uso de provérbios para clarificar os utentes acerca de um comportamento de saúde
- c). Horizonte Temporal - Ano Lectivo 2010 / 2011
- d). O Instrumento de Recolha de Dados – será elaborado um Instrumento que possa recolher a informação desejada e terá como respondentes os profissionais de saúde (Questionário, Anexo II)

Que exequibilidade?

Num brevíssimo estudo exploratório que apesar de respeitar a metodologia científica insere apenas uma amostra de local sem qualquer carácter de evidência preditiva (30 sujeitos) verificou-se – como se pode constatar nos resultados obtidos- que de facto era afinal possível resgatar o conteúdo dos provérbios. Apesar de a maioria ter reconhecido que “Ao longo da sua prática Profissional já, recorreu aos provérbios, para exemplificar ou dar significado às suas palavras, quando se refere a comportamentos de saúde, para clarificar os utentes /doentes”, e que os usa com alguma frequência. No entanto, quando

questionados a propósito da possibilidade de frequência da formação acerca do tema, alguns deles respondem “não sei, nunca tinha pensado nisso”, o que configura “desconsciência”³⁰ relativamente à mais-valia do processo. Ora a análise da intenção destes dados configura um perfil da possibilidade de professores e enfermeiros se sentirem sensibilizados se for colocado em consciência a mais-valia da sua utilização. Verificou-se que não só a maioria se sente curiosa a percepcionar o assunto o que fortaleceria e daria significado consciente, já que fazem utilização dos provérbios e que agora poderia ser potencializado.

Assim sendo fica este trabalho como alicerce e suporte operativo para a apresentação de um projecto de formação às instituições para enfermeiros e professores (Centros de Saúde e Instituto Politécnico de Bragança) para desencadear uma sensibilização alargada, com 2 objectivos:

Nos Professores - podendo usar os seus conhecimentos proverbiais como metáforas alusivas à aprendizagem;

Nos Enfermeiros - podendo usar o discurso proverbial (pelo menos o que está cientificamente provado) para fazer alusão a comportamentos considerados eficazes na prestação de cuidados e no processo de Educação para a Saúde.

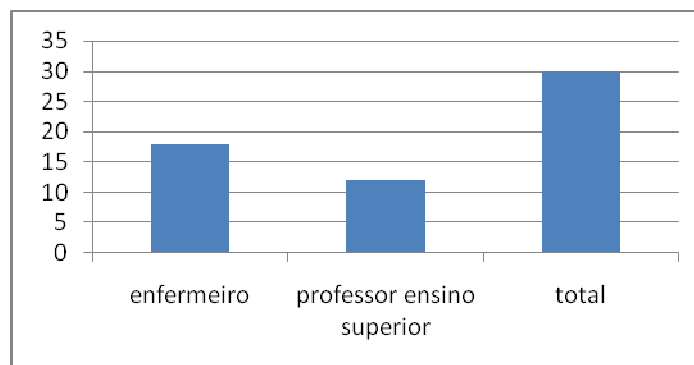
³⁰ Termo utilizado numa orientação científica pela professora Augusta Veiga Branco

RESULTADOS

Tal como já referimos, pela análise meramente exploratória pode verificar-se que:

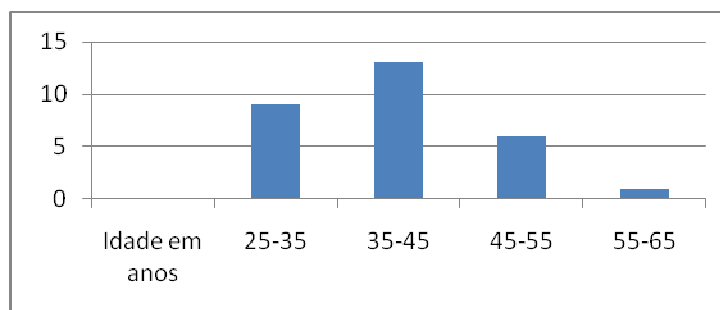
A amostra inquirida é predominantemente constituída por enfermeiros (16 indivíduos)

Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo a profissão



A média de idades dos inquiridos é 42 anos, sendo que a classe mediana se situa nos 35-45 anos.

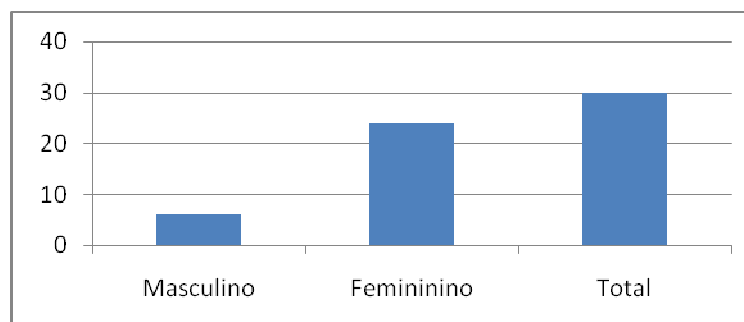
Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a idade



Média - 42 anos Classe modal – 35-45anos

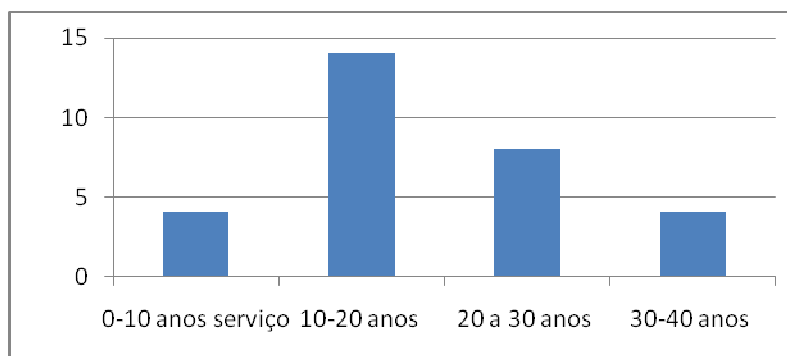
No gráfico 6, pode verificar-se que apenas cinco elementos são do sexo masculino

Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o sexo



Como se pode ver no gráfico 4 quase 50% da população tem entre 10 e 20 anos de exercício profissional.

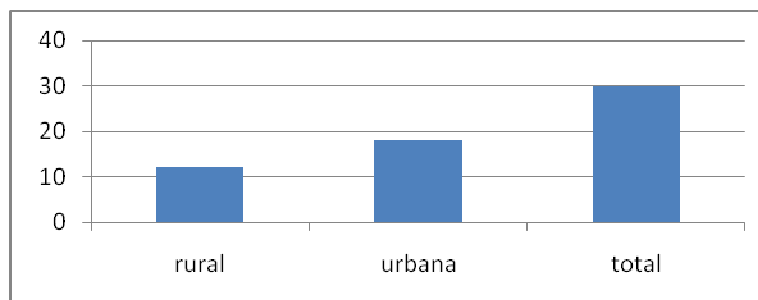
Gráfico 7 – Distribuição da amostra em função dos anos de Profissão



Classe modal – 10-20anos de serviço

Verifica-se que a maioria dos inquiridos é de proveniência urbana e apenas 11, são de proveniência rural.

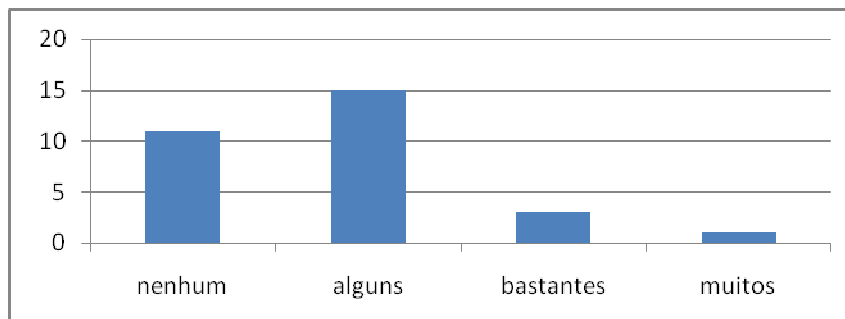
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo Proveniência



Da totalidade da amostra 15 inquiridos consideram que os provérbios “encerram algumas verdade científicas, no que se refere à saúde e apenas um elemento respondeu “muitos”.

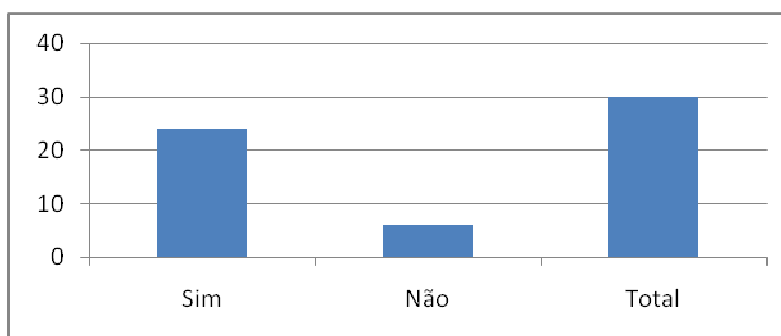
Gráfico 9- Distribuição das respostas à questão:

“ Pense em alguns provérbios que conheça. Considera que “encerram” verdades científicas no que se refere à saúde?”



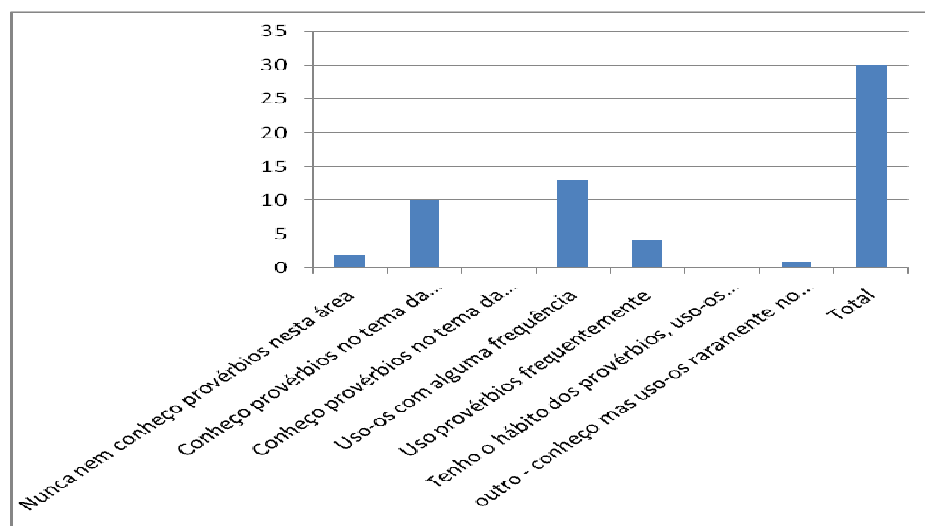
Dos inquiridos, realça-se o uso de provérbios na sua actividade profissional. Apenas 6 elementos responderam não recorrer a eles.

Gráfico 10 - Distribuição das respostas à questão: “Ao longo da sua prática Profissional já, alguma vez recorreu aos provérbios, para exemplificar ou dar significado às suas palavras, quando se refere a comportamentos de saúde, para clarificar os utentes /doentes?”



Quando pedido aos profissionais qual era a sua percepção da importância e utilização, as respostas incidiram mais “uso-os com alguma frequência”.

Gráfico 11 - Distribuição das respostas à questão: “ **na sua actividade e interacção com os utentes**. Qual é a sua percepção da importância que lhe atribui e frequência, com que recorre à sua utilização?”

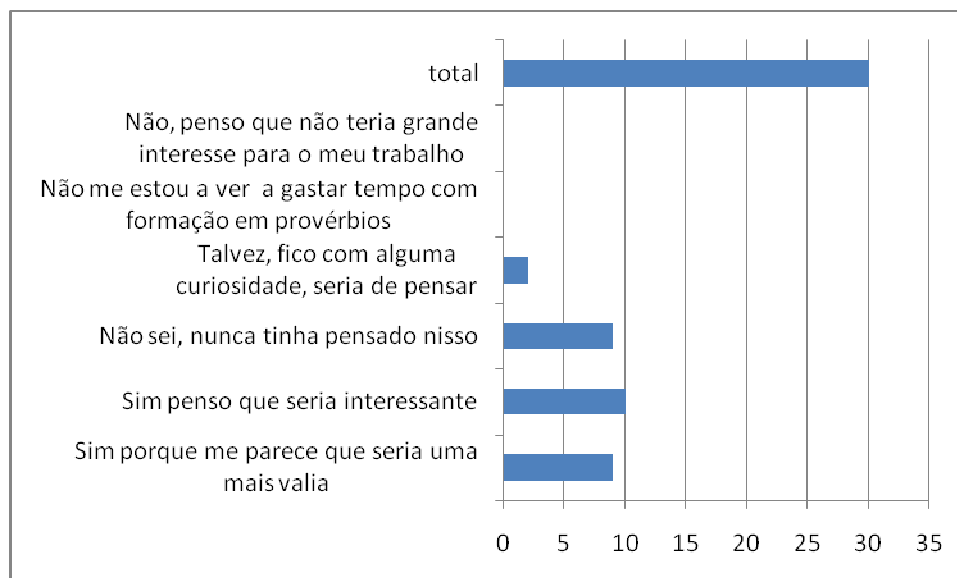


Quadro 26 - Distribuição das respostas à questão: “Quando era criança e/ou adolescente alguma vez em contexto familiar ouviu provérbios relacionados com a saúde?”

Opções	Nº	%
Quando era criança ouvia isso a toda a hora	7	23
Lembro-me de qualquer coisa, mas só muito raramente me vêm à ideia	5	17
Lembro-me de alguns, e parecem fazer sentido, mas não penso muito nisso	7	23
Lembro-me de alguns e com muita frequência	7	23
Lembro-me que era frequentemente citado este ou aquele provérbio	4	14
Quando era criança ouvia isso a toda a hora	0	0
Total	30	100%

Quando abordadas sobre a possibilidade de frequentar uma formação cuja temática fosse provérbios no âmbito da saúde, as respostas incidiram essencialmente em: “nunca tinha pensado nisso”, “seria interessante” e “seria uma mais - valia”.

Gráfico 12 - Distribuição das respostas à Questão “Se tivesse oportunidade, a curto prazo de frequentar uma formação sobre a temática dos provérbios no âmbito da promoção da saúde, frequentá-la-ia?”



Relativamente à questão nº 9, os provérbios citados pelos inquiridos, a maioria faz parte da lista por nós estudada, no entanto outros, são eram por nós desconhecidos.

Dos provérbios citados a grande incidência recai também na promoção da saúde, frisando comportamentos relativos à alimentação, vinho, sono e exercício, entre outros.

Promoção

“Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer” - REFERIDOS POR **OITO** INQUIRIDOS

“Muito falas o são ao doente”

“Mais vale prevenir que remediar “

“Querer é poder”

“Menos prato e mais chinelo”

“Perdoa o mal que faz pelo bem que sabe”

“Quem dá o pão dá Educação”

“Que bem prega S. Tomás, olha para o que ele diz e não para o que ele faz”

“Quem faz filho em mulher alheia, engorda o azar e emagrece a ceia”

“Devagar, devagarinho diz o avô ao menino”

“Um bom pequeno-almoço é manter-se moço”

“Nem tudo a comer nem tudo a saber”

“Uva sim vinho não”

“Para bom pensar bem dormir”

“Quem tem saúde e liberdade é rico e não sabe”

“Mente sã, em corpo são”

“Água fervida é meia vida”

“Se bebes demais tropeças e caís”

“Esperança não é pão mas alimenta”

“Gordura é formusura”

Prevenção primária

“Mais vale prevenir que remediar” – REFERIDOS POR **OITO** INQUIRIDOS

“Não há mal que sempre dure nem bem que nunca acabe”

“Quem canta seu mal espanta Prevenção secundária”

“Sarampo e sarampelo, sete vezes vem ao pêlo”

Prevenção secundária

“Depois da tempestade vem a bonança”

“O mal e o bem à cara vêm”

“Mulher doente mulher para sempre”

“O que arde cura”

Dos inquiridos, as opiniões deixadas acerca desta temática e as respostas realçam a sua importância no contexto sociocultural e promotores da informação e comunicação na área da saúde:

1 *“Considero que ao ser proferido um provérbio, se poupa muito: tempo e energia na explicação, porque ao ser proferido é do entendimento significativo do ouvinte; poupa-se a necessária desculpabilização à pessoa porque o provérbio alude a uma generalidade*

cultural e portanto não lhe diz só respeito a ele, e na maioria das vezes é divertido... e o humor é uma das melhores formas de interação e passagem de mensagem “

2 “Penso que ao fazer educação para a saúde, se o provérbio for bem utilizado e contextualizado, surte melhor efeito nas pessoas, serve de motivação”

É pena estar tão descredibilizado”

3 “Como enfermeira de família e tendo em conta a idade avançada das pessoas, é sempre bom ter conhecimento de provérbios, principalmente nesta região”

4 “ No contexto sociocultural....pode ter interesse como forma de facilitar a comunicação e obter maior feed-back”

5 “ A cultura em saúde percepçiona a ideia em saúde, logo é importante”

6 “ Os provérbios – sabedoria popular – é linguagem perceptível por todos os utentes independentemente de classes sociais”

7 “ Apesar deste momento não me lembrar de nenhum, considero que é algo que ajuda a simplificar e promove a compreensão”

8 “ Já pensei escrever um livro sobre provérbios desta região. Tal não foi possível por falta de tempo....”

9 “ É um tema interessante dada a grande influência exercida pela cultura popular em todas as áreas da vida, muito especialmente na área da saúde”

Em Síntese:

Pelas respostas obtidas através do questionário algumas ideias ficam retidas:

- 1. Tal como a bibliografia o comprovou, também estes profissionais referem mais provérbios no âmbito da promoção da saúde*
- 2. Apesar de se tratar de uma população bastante jovem, eles permanecem na memória de muitos inquiridos*
- 3. Das pessoas que conhecem provérbios, a maioria referem usa-los com alguma frequência*

4. A possibilidade de formação neste âmbito é pela maioria dos inquiridos considerada uma mais-valia, ou referem que seria interessante.

Pelo exposto em termos de resultados do inquérito, bem como o documentado ao longo do trabalho a continuidade do estudo, bem como a divulgação dos resultados poderá contribuir para aumentar os ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A.; Spinelli, M. G. N. & Pinto, M. S. P. (2007). Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer (2ª ed), S. Paulo: editora Metha, Lda.
- Ágren, G. & Berensson, K. (2007). Envelhecer com saúde um desafio para a Europa – versão reduzida, Sweden: The Swedish Nacional Instituto of Public Health.
- Adam, K (1980) .Dietary habit and sleep after bedtime - food or drinks. *Sleep*, 3, 47-58.
- Almeida,R.G.(2002). *Apnéia do sono - Sono: este desconhecido. em:*

www.saudeemmovimento.com.br/.../grafico4.gif, consultado em 20/04/2008.
- Almeida, A. G.(2008). *Diabetes mellitus como causa de amputação não traumática noHospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia* em: http://www.bdtu.ufu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2050 consultada em 30/3/2009
- Almeida, S. R.; Soncin,D.; Lopes,L. B. & Castelan- Mainardes, S. C. (2008). Aspectos cognitivos superiores: uma estreita relação com o alimento, em:www.cesumar.br/curtas/.../aspectos_cognitivos_superiores_uma_estreita_relacao_com_o_alimento.pdf, consultado em 20/3/2009.
- Alves R. (1981). *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras*. São Paulo: Brasiliense.
- Amaral, V.B. (1950). *Maravilhas da Língua Portuguesa*. Portugal.
- Anderson, P. & Baumberg, B.(2006). *Álcool na Europa*, Inglaterra, Instituteof Alcool Studies em http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_pt_en.pdf, consultado em 20/01/2009
- Andrade, T. S.(s/d). *Provérbios Falados no Nordeste - Um Olhar Lingüístico e Histórico*, in http://www.filologia.org.br/vcnlf/anais%20v/civ3_09.htm consultado em 05/06/2006
- Araújo, A. T. (2007). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias*, em <http://www.ondr.org/Relatorio%20ONDR%202007.pdf>, consultado em11/09/2008
- Araújo, I. B. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde*. Dissertação de mestrado emeducação,em:<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2669/1/Tese.pdf> consultado em 25/05/2006

- Asso, M.(2004) *Ciências humanas e ciências naturais*, na visão de Boaventura Santos, em: <http://www.humanitates.ucb.br/2/santos.htm#Maximino>, consultado em 12/2/2007
- Assunção, L.O.T.;Moraes, P. P.& Fontoura, H. (2002). Relação entre actividade física, saúde e qualidade de vida. *Lecturas: EF y Deportes*, 52,30-40.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2008). *Coferência de imprensa*, em consultado em 17/3/2009 , em :http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/650E2D6A-A538-406D-88AE-21AA982641DE/0/Sinistralidade_Rodoviaria_2007.pdf consultado em 20/3/2009
- Azambuja, R. (2004). *Pele e psiquismo* , em: <http://www.dermatologia.net/neo/base/psiquismo/proverbios.htm> consultado em 21/05/2004
- Bacelar, J. (1999). *Apontamentos sobre a história e desenvolvimento da impressão*: http://www.bocc.ubi.pt/pag/bacelar_pdf, consultado em 7/1/2007
- Bahia, M.G.; Soares, V. & Winck,J.C. (2006). Impacto da higiene do sono em doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono, *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol XII, (2),148150.
- Balsa, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2007*. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL
- Bergamasco, R.B. & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira Cancerol*, 47 (3), 277-282.
- Barbanti, V: J. (2003). *Aptidão física um convite à saúdes*, S. Paulo: Editora Manole
- Barros,V.(2003).*Afinal,oqueConhecimento?*
Em:<http://www.mundodosfilosofos.com.br/vanderlei22.htm> consultado em 05/03/2007
- Barros, P.(2005). *Economia da saúde - Conceitos e comportamentos*. Coimbra: livraria Almedina.
- Barros P.P. (2007). *O preço da saúde* in: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/congresso-gastro.pdf>consultada em 22 de Março 2009

- Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde – Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*, Coimbra: Formasau.
- Bianco, L. M. (2009). *Alegria em uma perspectiva de saúde*
em:http://biblioteca.universia.net/irARcurso.do?page=http%3A%2F%2Fwww.sapientia.pucsp.br%2F%2Ftde_busca%2Farquivo.php%3FcodArquivo%3D670&id=6881054
http://biblioteca.universia.net/irARcurso.do?page=http%3A%2F%2Fwww.sapientia.pucsp.br%2F%2Ftde_busca%2Farquivo.php%3FcodArquivo%3D671&id=6881054 consultado em 25/4/2009
- Bicudo, M. A. V. (2004) *Pesquisa qualitativa e pesquisa qualitativa segundo a abordagem fenomenológica*. em: BORBA, M. C., ARAUJO, J. L. Pesquisa qualitativa em Educação Matemática. P. 99-112. Belo Horizonte: Autêntica.
- Bicudo, M. A. V. (2004). *O pré-predicativo na construção do conhecimento geométrico*. In: Bicudo, M. A. V., Borba, M. C. (orgs.). Educação Matemática: Pesquisa em Movimento, São Paulo: Cortez Editores.
- Branco, A. V. (2004). *Competência Emocional – um estudo com Professores*, Coimbra: Quarteto
- Bleil, S. I. (1998). *Padrão alimentar Ocidental: Considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil*,
em:http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/O_Padrao_Alimentar_Ocidental.pdf, consultado em 20/4/2009
- Boemer, M.R. (1994). A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 2(1): 83-94.
- Bonilha, J. A. (2001). *Palabra y pedra suelta no tienen vuelta – o què és la paramiologia?*
Em: <http://hipatia.uab.es/mirador/frasesfetes.htm> consultado em 22/05/2006
- Borges, M.; Pinheiro, L.S.; Costa, J.; Paulo, S. & Carneiro, A. (2007). *Custo e carga da doença do tabagismo em Portugal*, Lisboa: Pfizer.
- Bragança Júnior, A. (1999). Considerações acerca da Fraseologia, sua Conceituação e Aplicabilidade na Idade Média. *Revista Filológica*, 5, (13), 41-51.
- Bragança Júnior, A.(s/d). *Actualizações da Idade Média- a Paramiologia em Latim Medieval: Um Espelho sócio - linguístico - Cultural*,
www.abrem.org.br/paramiologia/latim.pdf consultado em 07/06/2006

- Branco, A.V. (2004). *Competência Emocional: Um estudo com Professores*, Coimbra: Quarteto
- Branco, M. J.; Nunes B. (2007). *Uma observação sobre a utilização de “cuidados preventivos” pelo homem em Portugal continental*, Relatório, Lisboa: Onsa, DGS, INSA
- Branco, M. J. & Nunes, B. (2008). *Sinais de alerta de enfarte do miocárdio e Acidente Vascular Cerebral: Uma observação sobre conceitos e atitudes*, Relatório, Lisboa: INSA
- Brandão, J. & Paulo S. (2000) *Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública124
- Brasão, J.R. (2004). *Os Provérbios estão vivos em Portugal*, Lisboa: Ed. Notícias.
- Breda, J. (2008). *Parecer sobre a obesidade infantil e Juvenil*, em: http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113, consultado em 20/07/2008.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Em T. Husten & T. N. Postlethwaite (Orgs.), *International Encyclopedia of Education* (pp. 1643-1647). NewYork: Elsevier Science.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. (M. A. Verríssimo, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979).
- Candeias, V; Nunes, E; Morais, C. & Silva, P.R. (2005). *Princípios para uma alimentação saudável*, Lisboa: DGS.
- Canhota, C. (2006). *Dê hoje o seu primeiro passo...*, espaço de clínica geral, *Expresso*, 1740, p 17.
- Carmody, T. P. (1997). *Health Related Behaviours: common factors*. In a bawm. S . Newman, J.W.. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 117-121, UK: Cambridge University Press.
- Castro, A.V. (2004). *Dormir Bem para Bem Viver Melhor*, *Xis - jornal Público*, 5173, 8-13.
- Collière, M. F.(1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Lisboa: lidel.

Comissão Europeia (2002). *Health determinants*, em:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/_en.htm consultado em 04/03/2006

Comissão das Comunidades Europeias (com (2007) 27 final). Livro Verde – Por uma Europa sem fumo: opções estratégicas a nível comunitário. Bruxelas. 30.01.2007. em: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2007/com2007_0027pt01.pdf, consultado em 3/12/2008

Contreras, J. (1995). *Alimentación y Cultura*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Corbellini, V.L. (2001). Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. *Revista. Gaúcha Enfermagem*, 22, (1) 42-68.

Costa, J. A. (2003). *Dicionário da Língua Portuguesa 2003*, Porto: Porto Editora.

Cook-Gumperz, J. (1991). *A Construção Social da Alfabetização*. Artes Médicas, Porto Alegre: Scribner, M.S. & Cole.

Costa, J.R.M. (1999). *Livro dos Provérbios Portugueses*. Lisboa: Presença.

Crespo, C.J. (2001). Television Watching, energy intake, and obesity in US children. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 360-365.

Cronfli, R.T. (2004). *Dormir bem*, em:

<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/10131> consultado em 22/3/2008

Cunha, M. C. P. (2008). A importância das frutas na alimentação, em:

www.grandesautores.com.br/content/view/7033/69/ - 51k, consultado em 15/08/2008

Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (2003) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Diário da República, (2007). Lei n.º 37/2007, 1.ª série — N.º 156 — 14 de Agosto

<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/10131> consultado em 22/3/2008

Cunha, M. C. P. (2008). A importância das frutas na alimentação, em:

www.grandesautores.com.br/content/view/7033/69/ - 51k, consultado em 15/08/2008

Dechile. Net (2006). *Refranes de mi abuela*, em:

<http://www.refranes.dechile.net/?numero=2801>, consultado em 11/05/2006.

Dicionário de aforismos (1967). *Provérbios e refranes* (4ªed), Barcelona: Editorial Sintet.

- Dettoni, J. L.(2009). *Efeitos da privação parcial do sono no endotélio venoso e no controle autonómico em voluntários saudáveis*, em http://biblioteca.universia.net/html_bura/verColeccion/params/id/1201.html, consultado em 17/3/2009.
- Direcção Geral de Saúde (s/d). *A Promoção da Saúde – A Carta de Ottawa* <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>, consultado em 08/05/2006
- Direcção Geral de Saúde (2001). *Guia de Educação e Promoção da Saúde*, Programas de Actividades de Prevenção e Promoção da Saúde, Espanha: DGS
- Direcção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*, em: <http://www.dgs.pt/>, consultado em 15/09/2008
- Direcção Geral de Saúde (2004). *A obesidade como doença crónica*, em: <http://www.dgs.pt/>, consultado em 20/07/2008
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Estilos de vida saudáveis*, em : <http://www.dgs.pt/>, consultado em 20/07/2008
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas 2004-2010*, em : <http://www.dgs.pt/>, consultado em 20/08/2008
- Direcção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional para a Saúde 2004-2010 – Prioridades*, em:<http://www.dgs.pt/>, consultado em 20/08/2008
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano de contingência para as ondas de calor 2007-recomendações para estabelecimentos de idosos*, em: <http://www.dgs.pt/> consultado em 20/08/2008
- Direcção Geral de Saúde (2005). *Seca: medidas de actuação e recomendações à população*, *circular informativa nº 16- DAS*, Divisão de saúde ambiental, Lisboa: DGS
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Benefícios da actividade física*. em: <http://www.portaldasaude.pt/Portal/printversion?> Consultado em 20/07/2008
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Programa tipo em cessação tabágica*, circular normativa, nº 26, DSPPS, Lisboa: DGS

- Direcção Geral de Saúde (2008). Promoção da Saúde: estratégia global alimentação, actividade física e saúde, em: www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA, consultado em 8/11/2008.
- Expresso (2009). Expresso + novos: Provérbios de sempre, Jornal Expresso, semanal, 30 de Maio a 15 de Agosto
- Ewles, L. & Simnett, I.(1999). *Promotiong health. A pratical Guide (4ed)*, London: Ballière Tindall
- Falé, R.M. (2005). *Nas bebidas o que se bebe é álcool etílico*, em: http://www.medicosdeportugal.pt/action/2/cnt_id/509/ consultado em 20/05/2008
- Fernandes, G. (2007). *Nutrição do sono*, em: <http://www.hportugues.com.br/saude/fique/plonearticle>, Consultado em 15/8/2007
- Filho, I. C: Costa (2006). *Etnocentrismo Comunicação e cultura popular*, em: <http://bocc.ubi.pt/pag/costa-ismar-etnocentrismo-comunicacao-cultura-popular.pdf> consultado em 20/05/2008
- Francelim, M. (2004). *Ciência, senso comum e revoluções científicas: Ressonâncias e paradoxos* em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n3/a04v33n3.pdf> consultado em 5/1/2007
- Frazão, P.; Breda, J.; Pinto,A.(1997). Álcool e Criminalidade - População doente do C.R.A.C., *Revista da Sociedade Portuguesa de alcoologia*, 0:3-4
- Freire, P. (1997). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*, S. Paulo: Terra e Paz S/A
- Freire-Maia, N.(1997). *A ciência por dentro*, Petrópolis (4.ed), Brasil: Vozes.
- Fujikura, A. L. C. (s/d) .*Os Provérbios no Libro de Calila e Digna* em:http://www.hottopos.com/collat4/os_proverbios_no_libro_de_calila.htm, consultado em 23/3/2006
- Fujikura, A.L.C.; Meidani, H. Santo Tomás (1995)- Estruturas lingüísticas e formas de pensamento. *Revista de Estudos Árabes*, 3,(5-6), 33-51, (Tradução do original)
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P.(2005). História e evolução do conceito de Bem estar Subjetivo, *Psicologia, Saúde & doenças*, 6 (2), 203-214.

- Galvão, A. M. & Batista, Gomes, A. A. (2006). *Oralidade e escrita: uma revisão em*: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_consultado em 22/2/2007
- Gameiro, M.(1999). *Sufrimento na doença*, Coimbra: Quarteto
- Geen, L. W. & Reaburn, J. (1990). *Contemporary Developments in Healt Promotion: Definitions and Challenges*, ed In Bracht. New York
- Giatti, L. & Barreto, S. M. (2003). Saúde Trabalho e envelhecimento no Brasil, em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15879.pdf>, consultado em 20/4/2009
- Gil, G. P. (1998). *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 8ª ed, Barcelona: salvat.
- Gil, X. L. (2004). *Paramiologia y Refranes de La Casa de Caritat de Barcelona- el punto de vista de la pragmática*. Barcelona
- Gonzalez, B. & Ribeiro, J.P.(2004) Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5,107-127.
- Gonzalez-Perez, J. & Criado, M. J.(2003). *Psicologia de la educacion para una enseñanza práctica*. Madrid: editorial, CCS
- Graça, L. (2000). *Estilos de vida e saúde nos provérbios portugueses*, em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos21.html> consultado em 09/05/2006
- Graça, L. (2000). *Representações sociais da saúde, da doença e dos praticantes da arte médica nos provérbios da língua portuguesa. Parte v.* in <http://www.ensp.pt/lgraca/textos77.html>, consultado em 04/05/2006
- Graça,L. (2004).*Promoção da Saúde no Trabalho* em: http://www.ensp.unl.pt/lgraca/pst_whp.html consultado em 18/04/2005
- Graça, L. (2005). *Higia e Panaceia: da arte de curar a doença à arte de conservar a saúde*, em: <http://www.ensp.pt/lgraca/textos2.html> , consultado em 19/04/2006
- Grundi, S.M. (1990). Dietary Influences on Serum Lipids and Lipoproteins, *J.Lipid Res.* 3 1149-72
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989).Competing Paradigms in qualitative research. In. Denzin, Norman, Lincon (1994). *Handbook of qualitative research*: Sage Publications
- Guedes,M.; Soares,V.; Winck,J.C.(2006). Impacto da higiene do sono em doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono, *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 2, 148-150.

- Hipócrates. *Aphorisms* London: Loeb Classical, 1992.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*, Loures: Lusociência.
- Harris, M. D. & Guten, S.(1979). Health protective behavior: an exploratory study. *Journal of health and social behavior*, 20, 17-29.
- Instituto Nacional da Água (2004). Economia da água, em:
http://www.inag.pt/inag2004/port/a_intervencao/planeamento/pna/pdf_pna_v2/v2_c4_t4.pdf, consultado em 13/09/2008
- Kant, I. (2001). *Crítica da Razão Prática- Textos Filosóficos*, Edições 70, Lisboa: versão electrónica, eBooksBrasil.com
- Lacaz -Ruiz, R. (s/d). *O Referencial Comum dos Provérbios e a Personalidade Humana* retirado de, em :<http://www.usp.br/fzea/zab/oreferen.htm>, consultado em 04/05/2006
- Lacaz-Ruiz, R. (2004). *A Sabedoria dos Ditados*, em:
<http://www.usp.br/fzea/zab/oreferen.htm>, consultado em 1/3/2008
- Lalonde, M. (1974). *A New perspective on the healt of Canadians*. Ottawa, Minister of National Healt and Wefare.
- Laranjeira, O. (s/d). Estudo dos prejuízos cognitivos na dependência do álcool em:<http://br.monografias.com/trabalhos/estudo-prejuizos-cognitivos/estudo-prejuizos-cognitivos.shtml> consultado em 20/3/2009
- Laund, Jean (s/d) tese de doutoramento\proverbios, 2 mto importante.htm500 provérbios portugueses antigos, Educação-ação moral, mentalidade e linguagem consultado 17/3/2004
- Lello e Irmão (1998). *Lello Universal – Dicionário Enciclopédico Luso Brasileir* (II vol), Porto: Porto Editora.
- Lindstrom,B. (s/d). *O significado de resiliência*, em:<http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v2n3/a06v2n3.pdf>, consultado em 10/12/2007
- Lohmann, J. (1976.) Saint Thomas et les Arabes - Structures linguistiques et formes de pensées. *Revue Philosophique de Louvain*, 74, 30-44.
- Loureiro, M. ;Barata, F.;Teixeira E. (2002). *Cancro do pulmão*, Portugal: SPP
- Machado, J. P. (2005). *O Grande Livro dos Provérbios*, Lisboa: ed. Notícias.

- Mansilha, C. R.; Carla Alexandra Coelho, C.A.; Reinas, M.A.; & Heitor, A. M. (2007). Prevalência da *legionella pneumophila* em águas de diferentes proveniências das regiões norte e centro de Portugal no período de 2000 a 2006, em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/06_02_2007.pdf consultada em 20/3/2009
- Marinho, R. A.T. (2001). Perspectiva médica sobre taxa de alcoolemia de 0,2mg/ml , *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17: 471-485
- Marinho, R. A.T. (2008). O álcool e os jovens, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24:293-300
- Martins, G. A.(1994). Metodologias Convencionais e não convencionais e a pesquisa em administração, *Cadernos de pesquisa em administração*, v., 2º semestre, S. Paulo, em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C00-art01.pdf> consultado em 30/05/2006
- Martins, T & Silva J. (2001). *No advento do novo paradigma da formação médica*, em :http://www.fm.ul.pt/public/ge/Index_GE/2001/5/p247.pdf, consultado em 23/05/2006
- Marques, A.C.R. (2001). O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento, *revista IMESC* (pp.15-20). S. Paulo
- Matos, C. (2008). *Saber comer para melhor dormir*, em: http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/1777/, Consultado em 20/5/2006,
- Matos, M. G.; Simões , C; Carvalhosa, S.F. & Reis, C. (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses*". Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS, em: www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Brochura_Nacional_1998.pdf, consultado em 28/08/08
- Mausser, J.S. & Bahn, A.K. (1990). *Introdução à Epidemiologia*, Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Max, T. (1990) *Researching lived experience, human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ontario, Canada. State University of New York Press
- McCullough, G.; Heubner, E.S. & Laughlin, J. (2000). Life Events, Self concept, and adolescents positive subjective well being. *Psycologie in the Schools*, (37), 281-291.

- Medeiros, L.C.M. & Cabral, I.E. (2001). O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira cuidadora. *Rev. Latino-Americana. de Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol 9, n. 1,p18-26, em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11526.pdf> consultado em 5/1/2007
- Mello, M. L.M.; Barrias, J. & Breda ,J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*, Lisboa: DGS.
- Mendes, E. (2006). O Médico de Família e a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, *Expresso*, espaço de clínica geral, 1740, p. 17.
- MecQueen, D. (1987). A research programe in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations. *Revue of Epidémiologie et Santé Public*, 35,28-35.
- Mercatora, M. (2002). *Provérbios*, em: <http://www.e-mercatura.net/html/pt/proverbios.asp> consultado em 01/05/2006
- Meleis, A.L. (1991). *Theorical Nursing:Development & progress* (2ª ed), New York: Lippincott Company
- Mesquitela, L.(1990). *Introdução à Antropologia Cultural*. Lisboa: Editorial Presença
- Miguel, J.M. (2005). *Palabra y Refranes*, Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Mimoso, A.B. F. (2008). Provérbios: uma Fonte para a História de Educação, *Revista Lusófona para a Educação*, 12. 155-163
- Minayo, C.S. (1993). Qualitativo/quantitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de saúde pública* , 3, 239--262 Rio de Janeiro.
- Minayo, C.S. (1994). *O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde*, São Paulo: Hucitec - Abrasco.
- Mink, P. J. (2007). Flavonoid intake and cardiovascular disease mortality: a prospective study in postmenopausal women, *American Journal of Clinical Nutrition*, 85, 3, p. 895-909.
- Ministério da Saúde – D.G.S. (2003). *Programa Nacional de Prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Despacho nº 16415/2003 (II série) – D.R: nº 193 de 22 de Agosto, com alterações de despacho nº266/2006 do alto-comissário da saúde publicado no D.R. II série, nº 9 de 12 de Janeiro.
- Mendes, R. M. N., (2005). *A criança, o sono e a Escola*, Coimra: Formasau

- Minors DS, Waterhouse JM. Suíftwork. *In* Minors DS, Waterhouse (eds). *Circadian rhythms and the human*. Bristol,Wright PSG, 1981; 211-44.
- Moreira, A. (1996). *Provérbios Portugueses*. Lisboa: ed Notícias.
- Moscovo, M.B. (2006). *O sono e as suas patologias*, Centro de Atendimento Terapêutico em: http://www.psicologia.spo.com.br/Textos_sono.htm consultado em 19/06/2006
- Mota, T.G.;Clara, J:g.;Gonçalves, J:V; Rocha, A. P.;Neves, A.P. & Santos, T.M. (2006). *Viver com saúde - Parte I*, Lisboa: Novartis
- Moura, C. (2006). Manual de resistência contra o trabalho, *Noticias Magazine*, suplemento do Diário de Noticias, 5118,14-18 Diário de Noticias.
- Muñoz, J.S. (1987). *Los universales paremiológicos en dos paremias heroicas*, em: *Revista de filología románica*, 5, 221-234, Sevilha
- Nagel, E. (1961). *Ciência e senso comum*, *The Structure of Science*, Nova Iorque, Harcourt, Brace & World, em: http://aartedepensar.com/leit_sensocomum.html,consultado em10/10/2007
- Naidoo, J. & Wills, J. (1994). *Health Promotion – Foundations for Ptatice*. London : Bailière Tindall
- Navarro, F. M. (1988). *Salud Pública*. Madrid: McGraw-hill. Interamericana.
- Neto,L. & Pagliuca,F.(2002). Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. Artigo de revisão, *Rev. Latinoamericana Enfermagem*,10, 825-830.
- Nogueira, M. L. (2008).Custos com a Diabetes, em: http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=105, consultado em 20/3/2009
- Núcleo de Doenças de Comportamento Alimentar (2001). *Azeite e saúde*. In: www.comportamentoalimentar.pt, consultado em 28/08/08
- Nunes, L.M.P.H. (2002). A Saúde em Portugal em tempo de Mudança, *Saúde e Lar*, Revista Internacional de prevenção na saúde e vida familiar, 654, 28-32.
- Nunes, L.M.P.H. (2003). *Com s de sentido de coerência*, disponível, em http://www.saudelar.com/edicoes/2003/dezembro/principal.asp?send=02_renasceres.htm Consultado em 17/05/2006

- Nunes, E. (2006) Consumo de tabaco: efeitos na saúde.. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* ; 22,225-44.
- Nunes, E & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação em Jardins de Infância*, em: www.dgs.pt, consultado em 20/7/2007
- Nunes, O.A. (2007) *Acidentes de trânsito e factor humano* em <http://www.webartigos.com/articles/2131/1/acidentes-de-transito-e-fator-humano/pagina1.html> consultado em 20/03/2009
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-363.
- Obelkevich, J. (1998). Provérbio e História Social In. BURKER, Peter & Porter, Roy. (org.) *História Social da Linguagem*. São Paulo, Ed.Unesp. Cambridge: University Press.
- Oliveira, E. & Luís, M. A. V. (1996). Distúrbios relacionados ao álcool em um sector de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). *Cadernos de Saúde Pública* [online]. (12), 2, 171-179.
- Oliveira, C. P. F.& Albuquerque, C.M. S. (2002). *Saúde e Doença – Significações e Perspectivas de Mudanças*. Em: http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm, consultado em 1/1/2008
- Oliveira, M.S.; Werlang, B.S. G. & Wagner, M.F. (2007). Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica, *Boletim de Psicologia*, vol, LVII, 127, 205-214
- Organização Pan Americana da Saúde, (2003). Clima e saúde, em http://www.who.int/environmental_information/Air/Guidelines/aqguide4.pdf, consultado em 10/08/2008

- Ong, W. J. (1998). *Oralidade e cultura escrita: a tecnologização da palavra*. Campinas: Papirus. [original inglês: 1982]
- Opie, L.H. & Lecour, S. (2007) The red wine hypothesis: from concepts to protective signalling molecules. *Eur. Heart J.*, June 7, . /no prelo
- Orsi, M.J. S. (2003). Família reflexos da contemporaneidade na aprendizagem escolar, em: <http://www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a08Orsi03.pdf> consultado em 1/11/2008
- Paiva, T. (2005). Dormir para viver melhor, em:
http://www.saudeclar.com/edicoes/2005/junho/principal.asp?send=04_entrevista.htm, consultado em 12/04/2008
- Paiva, T. (2008). Bom sono, Boa vida. Lisboa: Oficina do livro
- Parente, S. (2005). *O Livro dos Provérbios*, Barcelos: círculo de Leitores
- Paúl, C.; Fonseca, A.M (2001). *Psicologia da Saúde*, Manuais Universitários. Lisboa: Climepsi.
- Penna, N.G. & Hecktheuer, L. H. (2004). Vinho e saúde uma revisão, *infarma*, 16, p. 30-35
- Pereira, M.G. (1995). *Epidemiologia – Teoria e Prática*. Brasília: Guanabara.
- Pereira, J; Mateus, C. & Amaral, M.J. (1999). Custos da Obesidade em Portugal - documento de trabalho
- Peres, E. (1992) *Alimentos e alimentação*. Porto: Artes Gráficas.
- Peres, G.S. (1994). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes, métodos* (1ªed). Madrid: Editorial la Muralla, S.A.
- Porto, F. A. (2003). *Saúde em Movimento - Benefícios da Actividade Física - Ponto de Vista*, em: www.saudeemmovimento.com.br small Atividade Física X Promoção da Saúde-small.htm. consultado em 23/03/2006
- Potter, F. (1999). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processo e práticas*. vol I, cap 30: Rio de Janeiro: Editora Guanabara
- Queirós, A. (2007). *A Investigação qualitativa em enfermagem*, em: http://ns30795.ovh.net/~anaqueir/spip/IMG/doc/TEXT0_2_PESQUISA_QUALITATIVA_EM_ENFERMAGEM.doc, consultado em 10/09/2007

- Regis, M. F. & Simões, M. F. (2005). Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p. 81 – 86, em:
http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_08.htm, consultado em 13/9/2008
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *O Importante é a Saúde*. Lisboa: Merck, Sharp e Dhome.
- Ribeiro, M. (2003). *Provérbios e Adágios Populares*. Lisboa: planeta editora.
- Rocha, F. G. (1992). *Provérbios de Portugal. Sabedoria Popular*, Recolha da extensão Educativa do Seixal (2ª ed). Odivelas: grafipe
- Rocha, S. M. (2008). Doença Cerebrovascular Isquêmica aguda – Avaliação de protocolo de Trombólise, dissertação de mestrado sob orientação do prof Doutor José Manuel Calheiros Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde
- Roy, S. C. (1990). Theorists response to Strengthening the Roy Adaptation Model through Conceptual Clarification. *Nurs Sciq* 3(2), 64-66.
- Saldanha, M. H. (1999). *Saúde Benefícios do Azeite*, Lisboa: DGDR
- Santos, B. S. (2000). *Introdução a uma ciência pós moderna* (.2ª ed). Rio de Janeiro: Graal
- Santos, B. S. (2001). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. (3ª ed). São Paulo: Cortez.
- Serapione, M. (2000). Qualitative and quantitative methods in social research on health: some strategies for integration. *Ciência. saúde coletiva*, 5(1), 187-192.
- Serra, G. M. A (2001). Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas. *Revista Capricho*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; p.136
- Setton, M. G. J. (2002). Família, escola e mídia: um campo com novas configurações, *educação e pesquisa*, 1, 107-116.
- Silva, C. F. e cols (1996). *Introdução às cronociências*, Coimbra: Formasau
- Silva, R. M. & Mamede, M. (1998). Conviver coma mastectomia. Fortaleza: Departamento de enfermagem da Universidade Federal de Ceará.
- Smith-Coggins R, Rosekind MR, Buccino KH. Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood. *Ann Emerg Med* 1994; 24(5): 928-34.

- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2005). *Epidemia do tabagismo*, em: <http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/SPPneumologia%20%20Tabagismo%20Epidemiologia.pdf>, consultado em 18/3/2009
- Strauss, A. & Corbin, J. (1992). *Basics of Qualitative Research, Grounded Theory, Procedures and Techniques*, Sage: Newbury Park
- Nogueira, M. L. (2008). Custos com a Diabetes, em: http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=105, consultado em 20/3/2009
- Sousa, P. & Filho, M. J. (2008). A importância da parceria entre a família e a escola no desenvolvimento educacional, *Revista Iberoamericana de educacion*, 7,44-48.
- Souto, D. F. (2003). *Saúde no trabalho: uma revolução em andamento*, em: <http://www.google.pt/books?id=ISMLAwzV80YC&pg=PA41&dq=EXERCICIO+E+SA%C3%9ADE+QUE+RELA%C3%87%C3%83O#PPA6,M1>, consultado em 26/3/2009
- Souza, L. M. (2007). *Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos*, tese de mestrado, Brasil: Universidade federal do Rio Grande
- Strauss, A.; Corbin, J.(1990). *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*, Newburg Park: Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J.(2008). *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R.(2002). *Investigação qualitativa em enfermagem, Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed), USA : Lusociência.
- Szwarcwald, C.L; Souza-Júnior, B; Esteves M.A.P.; Damacena G.N. & Viacava, F. (2005). Determinantes sócio-demográficos da auto-avaliação da saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Pública* 21 (1), p. 54-64
- Swartz, AN, Strath, SJ; Parker, SJ & Miller N.E. (2008). The Impact of Body-Mass Index and Steps per Day on Blood Pressure and Fasting Glucose in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. v.16, (2), p. 188-200
- Goldenthal, P.(1982). A factor analytic study of health habits, *Preventive Medicine*, 11, 724- 728
- Teixeira,E.(1996). Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde.*Rev.Esc.Enf.USP*,30, 286-29

- Teixeira, N. C. (2000). *O Grande Livro dos Provérbios*. Belo Horizonte: Leitura.
- Tirado, U.A. (2004). Los refranes: Herramienta de sensibilización e formación en gerência en servicios e mercadeo de la información, *Biblios*, 5, (18-19),p.10.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em Educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em Educação*, (3ª Ed) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- U.S. Departement of Health and Human Services (2004). *The Health consequences of smoking*, Atlanta: a report of the Surgeon General.
- União Europeia (2007). *Livro Branco: juntos para a saúde uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013)*, Bruxelas
- U.S. Departement of Health and Human Services (2004). *The health consequences of Smoking: Centers of Disease Control and Prevention*, Nacional Center for Cronic Disease Precentio and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
- Valla,V.V & Stotz,E.N. (1993). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ruleme - Dumara
- Valla,V.V. (2000). *Saúde e Educação.*, Rio de Janeiro: DP&A
- Van M. M. (1990) *Researching lived experience, human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ontario, Canada: State University of New York Press.
- Vericat, C.M. (1999). *Libro de Oro de Los Refranes*. Madrid: Anil ediciones.
- Yonamine, M. (2004). A saliva como espécime biológico para monitorar o uso de álcool, anfetamina, metanfetamina, cocaína e maconha por motoristas profissionais. Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciencias Farmacéuticas, São Paulo
- Yudofsky, S.C., & Hales R.E. (1996). *Compêndio de neuropsiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Whaley, L.F.; Wong, D.L. (1985). *Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efectiva (2ªed)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara
- WHO (1986). *Healt promotion: concepts and principals in action, a police framework*. Geneve

WHO (1996). Expert Committee on hypertension control: hypertension control. Report of a Who Expert Committee, *Who Technical Report Series*. Geneve, 862: 1–83.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary* Consultado em 20/08/2008, em www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

WHO (2002). *The World Health Report: Reducing Risks, promoting healthy life*, Who, Geneva.

WHO (2005). Public Health action for healthier children and populations, Regional office for Europe, Denmark:WHO

World Health Report (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, Diet, Physical activity and Health. Fifty-fifth World Health Assembly, Agenda item 13.11 (WHA 55.23). Geneva, World Health Organization, em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5523.pdf, consultado em 1/10/2007)

ANEXOS

ANEXO I : Lista de Provérbios Relacionados com a Saúde e Respectiva Corroboração Científica

1. “A única maneira de conservar a saúde é comer o que não queres, beber o que não gostas e fazer o que se prefere não fazer” S/C
2. “ A boa saúde vem da cabeça” (Neto,2000; Roy, 1990)
3. “A saúde não é conhecida senão quando é perdida” Honoré,2002; Barros,2005)
4. “Saúde cuidada, vida conservada” Collière, 1999;Nunes,2002)
5. “A saúde como a fortuna, deixa de favorecer os que abusam dela” (Collière,1999, Matos e cols, 1998)
6. “Saúde e inteligência são as duas bênçãos da vida” (Honoré,2002, Nunes,2002)
7. “Saúde e paz, todo o resto vem atrás” (Neto,2000; Nunes,2002)
8. “A saúde do ser humano é a alegria” (Ribeiro, 1998; Honoré,2002)
9. “A saúde é a maior riqueza” (Honoré,2002;Barros 2005;EU,2007)
10. “Não há nada pior para a saúde do que a gente estar doente” (Ribeiro,1998,Honoré,2002)
11. “De que servem os bens se saúde não tens” (Graça,2000;Honoré2002)
12. “Saúde e paz, dinheiro traz” (Honoré,2002;EU,2007)
13. ”Saúde pouca mais vale nenhuma” S/C
14. “Só se dá valor à saúde quando se está doente” (Honoré,2002;Barros,2005)
15. “A saúde vale mais que o dinheiro” (Honoré,2002;Barros,2005)
16. “Em havendo dinheiro há tudo menos saúde” S/C
17. “Jovem é quem está são, ainda que tenha oitenta anos e velho é o doente ainda que tenha vinte” (Ribeiro, 1998; Honoré, 2002)
18. “Saúde e liberdade valem uma cidade” (Ribeiro, 1998;Honré,2002)
19. “Saúde e alegria beleza cria” (Neto,2002;Honoré,2002)
20. “Para pouca saúde mais vale morrer” S/C

- | | | |
|-----|--|--|
| 21. | “Não chames virtude ao que te faz perder a saúde” | Por todos os autores consultados |
| 22. | “Juventude sem saúde é decrepitude” | (Neto,2002;Nunes,2002) |
| 23. | “O saber é para alma o que a saúde é para o corpo” | (Neto,2002; |
| 24. | “Cuida da vida que a morte está certa” | (Nunes, 2002 |
| 25. | “Quem tem saúde tem tudo, quem não tem saúde não tem nada” | (Honoré,2002; |
| 26. | “Saúde e geração não se apura” (S/C) | |
| 27. | “O mal entra às braçadas e sai às polegadas” | (Mausner & Bhan;Ribeiro,1998) |
| 28. | “A doença vem a cavalo e vai a pé” | (Mausner & Bhan,1990;Ribeiro,1998) |
| 29. | “Tosse, amor e febre ninguém esconde” | (Mausner& Bhan,1990 Ribeiro,1998) |
| 30. | “Tosse seca, trombeta de morte”S/C | |
| 31. | “Trabalhar sem comer é cegar sem ver” S/C | |
| 32. | “Tudo o que arde cura e o que aperta segura”S/C | |
| 33. | “Tudo tem remédio menos a morte | (Nunes, 2002) |
| 34. | “A doença e dor conhecem-se na cor” | (Ribeiro, 1998; DGS, 2003) |
| 35. | “A doença é o celeiro do médico” | Honoré, 2002, ;Nunes, 2002,Barros,2005 |
| 36. | “Deus dá a chaga e dá a mezinha”S/C | |
| 37. | ”Mal por mal antes cadeia que hospital”S/C | |
| 38. | “Mal viver mal acabar” investimento ? | (Ribeiro,1998; Collière,1999) |
| 39. | “Doenças há que o tempo as cura” | (Mausner & Bhan,1990; Ribeiro,1998) |
| 40. | “Quem tem doença abra a bolsa e tenha paciência” | (Barros,2005; Honoré,2002) |
| 41. | “Doença longa morte lenta” | (Ribeiro,1998, Gameiro, 1999) |
| 42. | “Em qualquer doença, remédio é paciência” S/C | |
| 43. | “A maior doença vence a paciência” | (Gameiro, 1999; Regis & Simões, 2005). |
| 44. | “Fora de horas urinar é sinal de enfermar” | (Graça, 2002) |

45. “Febre outonal ou longa ou mortal”S/C
46. “Deus dá o mal e a mezinha”S/C
47. “Assumir a doença é o primeiro passo para a cura” (Silva & Mamede (1998; Gameiro, 1999;Bergamasco & Ângelo, (2001)
48. “Caracóis picantes ,vinho abundante”S/C
49. “Ao presunto e toucinho, bom golpe de vinho”S/C
50. “Com peras vinho beber S/C
51. “Depois de um arroz, peixe e toucinho bebe-se um bom vinho” (Andrade, 2005)
52. Vinho sobre melancia faz pneumonia” S/C
53. “Vinho com melancia faz azia” S/C
54. “O vinho alegra o olho, limpa o dente e cura o ventre”S/C
55. “Vinho por fora e vinho por dentro, cura todos os males num momento” S/C
56. “Vinho e medo descobrem o segredo” (Falé,2005;Yonamine2008)
57. “Depois de beber cada um diz seu parecer” (Mello, Barria & Breda 2001;Yonamine,2008)
58. “O que o abstinência tem na cabeça, o bêbado tem na ponta da língua”(Mello, Barria & Breda 2001;Yonamine,2008)
59. ”Bebe vinho mas não bebas o siso” (Penna &Hecktheuer, 2004; Andrade,2005)
60. “As palavras de um homem bêbado são os pensamentos de um homem sóbrio”S/C
61. “O vinho sobe à cabeça e baixa aos pés” (Mello,Barria & Breda2001;Falé,2005)
62. “Com pão e vinho se anda caminho” (Ribeiro,1998; DGS,2004)
63. “Pão e vinho para o caminho” Penna e Hecktheuer (2004) DGS (2007) e DGS (2008)
64. “Beber vinho mata a fome”S/C
65. “Nada faz como o vinho se tomado com tino” (Andrade,2005; Penna&Hecktheur,2004)
66. “Comer alho e beber vinho não é desatino” S/C

67. "Tabaco e aguardente transformam os sãos em doentes"(Mello,Barria & Breda2001;Nunes,2006)
68. "Vinho, mulheres e tabaco põem o homem fraco" (Mello,Barria & Breda2001;Nunes,2006)
69. "O bom vinho de si próprio é padrinho" S/C
70. "Deitar em vinhas, acordar em fontes" (Mello,Barria & Breda2001;Falé,2005)
71. "Vinho, azeite e amigo, o mais antigo" S/C
72. "A cachaça tira juízo, mas dá coragem" (Mello,Barria & Breda2001;Yonamine,2008)
73. "Abafa-te, abifa-te e avinha-te" S/C
74. "Afoga-se mais gente em vinho do que em água" (DGS, 2005)
75. "Antes embebedar do que constipar" S/C
76. "Baco, *tabaco* e Vénus reduzem o homem a cinzas" (DGS, 2005; Nunes,2006)
77. "Cada bucha sua pinga" S/C
78. "Carne de ontem, peixe de hoje, vinho do outro verão fazem o homem são" S/C
79. "Do vinho e da mulher livre-se o homem se puder"S/C
80. "Livra-te de mau vizinho e de excesso de vinho" (Breda, Mello, Barria , 2001)
81. "Mais pessoas se afogam no copo do que no mar" (**Breda, Mello e Barria, 2001**)
82. "Malandro não tem vícios, só fuma e bebe quando joga" S/C
83. "Na taberna enquanto bebes, na igreja enquanto rezas" S/C
84. "Nada escapa aos homens senão o vinho que as mulheres bebem" S/C
85. O pródigo e o bebedor de vinho nunca têm casa nem moinho" S/C
86. "Onde entra o vinho sai a razão" (Mello,Barria & Breda,2001;Yonamine,2008)
87. "Quando a cachaça desce, as palavras sobem" (Mello,Barria & Breda2001;Yonamine,2008)
88. "Vinho e mulher levam o homem a perder"S/C
89. "Bebe leite e bebe vinho e de velho estarás como um ninho"S/C
90. "Vinho doce, bebe-o como se nada fosse"S/C

91	“Se bebes demais tropeças e caís”	(Mello,Barria & Breda2001;Yonamine,2008)
92	“Se bebes para esquecer paga antes de beber”	(Mello,Barria & Breda2001)
93	“Se corres como bebes, vamos às lebres”S/C	
94	“Vinho e mouro não é tesouro”	(Mello,Barria & Breda2001)
95	“Três coisas mudam o homem: a mulher, o estudo e o vinho ”(Mello, Barria & Breda,2001)	
96	“Vinho turvo, madeira verde e pão quente, são três inimigos da gente”S/C	
97	“Bebe o vinho e deixa-o antes que ele se ria de ti”	(Mello, Barria& Breda, 2001)
98	“Beber para esquecer, beber sem comer é cegar sem ver”	(Yonamine, 2008)
99	“Bebidas fortes homens fracos”	(Falé,2005; Mello,Barria & Breda2001)
100	“Bebeu , jogou, furtou: beberá, jogará , furtará”	(Mello,Barria & Breda2001)
101	“Onde entra vinho sai o saber”	(Mello,Barria & Breda2001)
102	“É louco o conselho de quem bebeu”S/C	
103	“Cachaceiro não tem segredo”	(Mello,Barria&Breda,2001)
104	“Água fervida é meia vida”	(DGS; 2005)
105	“Água fervida alimenta a vida”	(Inag, 2002; DGS,2005)
106	“Água danificada fervida ou coada	(DGD,2005)
107	“Água fria lava e cura”S/C	
108	“Água corrente não mata gente”S/C	
109	“Água de lagoa nunca é boa”	(Candeias e cols, 2005;DGS, 2008)
110	Quando o mal é de morte o remédio é morrer”S/C	
111	“Água de corrente esterco não consente”S/C	
112	“Água detida má para bebida”	(Candeias e cols (2005)DGS, 2008)
113	“Água silenciosa é sempre perigosa” S/C	
114	“Água viva dá vida, parada é morte” S/C	

115	“Águas paradas cautela com elas”	(Candeias e cols, 2005;DGS,2008)
116	“Água estancada, água envenenada “	(Candeias e cols, 2005)
117	”Água que hei-de beber deixá-la correr”S/C	
118	“Em água corrente não há mal que venha à gente”S/C	
119	“Água corrente água inocente” S/C	
120	“Só percebemos o valor da água depois que a fonte seca”	(Inag, 2002; Barros, 2005;DGS, 2005)
121	“A água lava tudo menos a má língua” S/C	
122	"Carne de ontem, peixe de hoje, vinho do outro verão fazem o homem são" S/C	
123	“A gordura é a capa dos defeitos”S/C	
124	“ Azeite e vinho bálsamo divino”	NDCA (2001;DGS, 2007)
125	“A melhor cozinheira é a azeiteira”S/C	
126	“Pão quente pede azeite”S/C	
127	“Há males que vêm por bem”	(Ribeiro, 1998;Gameiro, 1999)
128	”Come para viver e não vivas para comer”	(Ribeiro, 1998;Porto,2003;DGS (2004),
129	“ De fome ninguém morreu, mas sim do muito que comeu”	(Ribeiro, 1998;DGS,2007)
130	“Comer e coçar é só começar”.S/C	
131	“Come o que tens e não o que sonhas” S/C	
132	“Comer e ralhar é só começar”S/C	
133	“Comida sem pão é comida de lambão”S/C	
134	“Se és velho comilão encomenda o teu caixão”	(DGS;2007; DGS, 2008)
135	"Uvas, pão e melão é sustento de nutrição"	(DGS;2004)
136	"O menino engorda para crescer e o velho para morrer"	(DGS, 2007, DGS, 2008)
137	"A fome é a melhor cozinheira" S/C	
138	Anda quente, come pouco, bebe assaz e viverás"	(Graça, 2002;DGS; 2007; DGS, 2008)

- 139 "Aquilo que sabe bem ou é pecado ou faz mal" S/C
- 140 "Barriga cheia, cara alegre" S/C
- 141 "Boca que apetece, coração que deseja" S/C
- 142 "Carne que baste, vinho que farte, pão que sobre" S/C
- 143 "Come como são e bebe como doente" S/C
- 144 "Come que a hora de comer é a da fome" S/C
- 145 "Das grandes ceias estão as covas cheias" (DGS,2007;DGS,2008)
- 146 "De fome ninguém morreu, mas sim de muito que comeu" S/C
- 147 "Gordura é formosura" S/C
- 148 "Gota é mal de rico; cura-se fechando o bico" (DGS, 2007
- 149 "Mais cura a dieta que a lanceta" S/C
- 150 "Mais mata a gula que a espada" (Ribeiro,1998; DGS,2008)
- 151 "Menino bolsador - menino engordador" S/C
- 152 "Moças, quem vos deu tão ruins dentes ? Água fria e castanhas quentes" S/C
- 153 "Pela boca morre o peixe" S/C
- 154 "Nem sempre galinha nem sempre sardinha" (DGS, 2004; Candeias & cols,2005)
- 155 "Para longa vida regra e medida no beber e na comida" (Ribeiro, 1998; DGS, 2007;2008)
- 156 "Por cima de comer nem um escrito ler" S/C
- 157 "Quem caga e come não morre de fome" (DGS,2004)
- 158 "Quem não é para comer, não é para trabalhar" S/C
- 159 "Se queres enfermar, ceia e vai-te deitar" (Paiva,2005;Matos,2005;DGS, 2007)
- 160 "Se és velho comilão encomenda o teu caixão" (DGS, 2007); Fernandes, 2007; DGS, (2008)
- 161 "Vinho que baste, casa que farte, pão que sobre e seja eu pobre" S/C
- 162 "Comer pouco e pouco beber dá saúde e faz viver" (Ribeiro, 1998;DGS;2007)

- 163 “Comer forçado é pecado” S/C
- 164 Come pouco e bebe pouco e dormirás como louco”S/C
- 165 “Comer a horas vestir a tempo” (Nunes& Breda, 2001;DGS,2005)
- 166 “Um bom alimento faz o jovem velho” (Nunes& Breda2001)
- 167 “A esperança não é pão contudo alimenta” (Nunes, 2002, Silva e Mamede , 1998)
- 168 "A laranja de manhã é ouro, à tarde prata e à noite mata" (Silva, C. F. e cols, 1996)
- 169 "Azeite de oliva todo o mal tira" (Nunes& Breda, 2001; NDCA; 2001; DGS, 2007)
- 170 "Cautela e caldo de galinha nunca fizeram mal a doente" (Ribeiro, 1998; Honoré,2002)
- 171 "Fiambre e fiado sabem bem e fazem mal" S/C
- 172 "Laranja antes do Natal livra do catarral" S/C
- 173 "Não comas cru, nem andes com o pé nu"S/C
- 174 "Pão duro, caldo de uvas, salada de carne e deixa a medicina" S/C
- 175 "Peixe não puxa carroça" S/C
- 176 "Pobre só come carne quando morde a língua" S/C
- 177 "Porco fresco e vinho novo, cristão morto"S/C
- 178 "Quem come salgado, bebe dobrado" (Candeias e cols 2005 & DGS, 2008)
- 179 "Todas as indigestões são más e a da *perdiz* é péssima" S/C
- 180 "Um copo de vinho por dia mantém o médico à distância" (Andrade, 2005;DGS,2008)
- 181 “Flores contentam, contudo não alimentam” (McCullough, Heubner e Laughlin;Galinha;Ribeiro,2005)
- 182 “Leite desnatado alimenta pouco ou nada”S/C
- 183 “ Come pouco, anda abrigado, e dorme bem se queres viver são” (Colliére,1999, Nunes,2002)
- 184 “A mesa mata mais gente que a guerra” (Mota e cols, 2006; DGS,2007)
- 185 “Caldo de galinha os mortos ressuscita S/C

186	“A saúde não se compra”	(Colliére,1999, Honoré,2002)
187	“ A quem dói a mó vai ao barbeiro”S/C	
188	“ Saúde e paz, todo o resto vem a traz”	(Neto, 2002,Honoré,2002)
189	“Galinha velha faz bom caldo”	(Mota & cols,2006)
190	“Carne branda e vinho puro alimento seguro”S/C	
191	“Mel de abelhas sabe bem e alimenta”	(Nunes& Breda, 2001)
192	“Comida sem sal, a doentes não faz mal”	(Candeias e cols 2005 & DGS, 2008).
193	“A comida sem sal não faz bem nem mal”S/C	
194	“Onde há fome não há pão duro”	(Barros, 2005)
195	“Come caldo, vive em alto, anda quente - viverás longamente”S/C	
196	“Na falta de pão, tortas são boas”S/C	
197	“Comida que escasseia, bem se saboreia”	(Inag, 2004;Barros, 2005)
198	“A Banana de manhã é ouro , ao meio dia prata e à noite mata”S/C	
199	"Se não és de bronze deita-te às onze" S/C	
200	"Se queres enfermar, lava a cabeça e vai-te deitar" S/C	
201	"Usa cama de frade e mesa de pobre - terás saúde que farte e alegria que sobre" S/C	
202	“Quem come e dorme com todos os males pode”	(Cronfli, 2004,Paiva,2005)
203	“A quem dorme descansado dorme-lhe o cuidado”	(Almeida,2002;Cronfli,2004;Paiva,2005)
204	“Corpo na cama, se não dorme descansa”	(Cronfli,,2004; Paiva,2005)
205	“Depois de comer dorme a sesta. Depois da ceia passeia”	(Cronfli, 2004)
206	“Um homem bem comido e bem bebido quer descanso e não ruído”S/C	
207	“Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer”	(Almeida, 2002,Cronfli,2004;Paiva,2005)
208	“O sono é um bom alimento”	(Almeida, 2002, Cronfli,2004;Paiva,2005, Fernandes,2007)
209	"De longos sonos e grandes ceias estão as sepulturas cheias"	(Paiva, 2005; Fernandes, 2007)

- 210 "Levanta-te às seis, almoça-te às dez, jantarás às seis, deita-te às dez: viverás dez vezes dez" S/C
- 211 "A parte do nosso corpo mais sã é aquela que mais se exercita" (Porto, 2003)
- 212 "Sobre (depois de) comer, dormir; sobre cear, passos dar" (DGS, 2007)
- 213 "Para ter saúde, pouca cama, pouco prato e muito sapato" (Porto, 2003,DGS,2007)
- 214 "O movimento se demonstra andando" (Canhota,2006;DGS,2007)
- 215 "Uma caminhada de mil léguas começa com o primeiro passo" (Canhota,2006, DGS,2007)
- 216 "Sete ofícios e nenhum exercício" S/C
- 217 "Contra todo o ócio bom exercício" S/C
- 218 "Espírito são em corpo são" (Azambuja,2004)
- 219 "O corpo não deita raízes"; (Hipócrates;DGS;2007;Breda,2008)
- 220 "Parar é morrer" (Hipócrates;DGS;2007;Breda,2008)
- 221 "O braço quer peito e a perna quer leito" S/C
- 222 "Quatro horas dorme um santo, cinco o que não é santo, seis o estudante, sete o caminhante, oito o porco e nove o morto". S/C
- 223 "Homem bem mantido, se quer estar são, faça exercício" (Hipócrates;DGS;2007;Breda,2008)
- 224 "Andar, ventura até à sepultura" (Hipócrates;DGS;2007;Breda,2008)
- 225 "Mais vale romper sapatos que lençóis" Hipócrates
- 226 "Quem corre por gosto não cansa" S/C
- 227 "O que não fuma nem bebe o diabo o leva por outro caminho" S/C
- 228 "Quem vinho não tem, água bebe" S/C
- 229 "Água como boi, vinho como rei" S/C
- 230 "O bebedor valente passa de vinho a aguardente" (Mello, Barria & Breda,2001)
- 231 "A doença como "punição e expiação" e o hospital como "instituição totalitária" S/C
- 232 "Quando pobre come frango, um dos dois está doente" S/C

233	"Deus te dê saúde e gozo e casa com quintal e poço" S/C	
234	"Onde não entra o sol entra o médico"	(Graça,2005; Nissola,2005)
235	"Se a tua casa é húmida abre conta na botica"	(Magalhães e cols, 2001; Araújo, 2007)
236	"Toma caldo, vive em alto, anda quente - viverás longamente"	(Graça,2002, Nunes, 2002)
237	"Um ar purgado - morte no cabo".S/C	
238	"A vassoura limpa a casa mas é o sol que mata os micróbios"	(Graça,2000)
239	" Um doente come pouco e gasta muito"	(Honoré,2002; Barros, 2005)
240	"Dia frio e dia quente fazem andar o homem doente"	(Magalhães e cols, 2001;OMS, 2004)
241	"Livra-te dos ares, que eu te livrarei dos males"	(Magalhães e cols, 2001, Araújo, 2007)
242	"No quente é que se cura a gente" S/C	
243	"Respirar mau ar é beber a morte"	(Mausner & Bahn,1990; Araújo, 2007)
244	"Quem doi a mó procura o barbeiro"	(Graça, 2002; Honoré, 2002)
245	"Um ar purgado - morte no cabo" S/C	
246	Casa em que caibas, vinha quanto bebas, terra quanto vejas" S/C	
247	"Casa sem luz, tumba de vivos" S/C	
248	"Dormir com a janela aberta - constipação quase certa"	(Magalhães e cols, 2001)
249	"Na casa se vê quem tem maleitas" S/C	
250	"Quem quiser medrar viva em pé de serra ou porto de mar" S/C	
251	"A saúde não se aprecia, basta que chegue a doença"	(Ribeiro, 1998;Honoré, 2002)
252	"O homem velho é médico de si"	(Graça, 2000)
253	"Pés quentes, cabeça fria, boa urina - merda para a medicina"	(Graça, 2000)
254	"A ferrugem gasta o ferro e o cuidado o coração" S/C	
255	"Quem se ralou já morreu"	(Selye, 1979;Ribeiro,1998)
256	"Mais vale a saúde que o dinheiro"	(Nunes,2002, Honoré,2002)

257	"Mais vale saúde boa que pesada bolsa"	(Nunes,2002, Honoré,2002)
258	"Mais vale perder um minuto na vida do que a vida num minuto"	(Mausner & Bhan,1990)
259	"Mais vale prevenir que remediar"	(Mausne & Bhan,1990; Azambuja,2004;DGS,2006)
260	"Mais vale um pé no travão do que dois no caixão"	(Mausner & Bhan,1990; Azambuja,2004)
261	"Mijar claro - dar uma figa ao médico"	(Graça, 2000)
262	"Não há dinheiro que pague a saúde"	(Honoré,2002;Barros,2005)
263	"Em havendo dinheiro há tudo menos saúde"	S/C
264	"A vida não é para viver senão para viver com saúde"	(Nunes,2002;Honoré,2002)
265	"Vida regrada vida prolongada"	(Nunes,2002;Honoré,2002)
266	"Quem à noite não ceia, toda a noite rabeia"	S/C
267	"Nem com cada mal ao médico, nem com cada dúvida ao letrado"	S/C
268	"Para longa vida regra e medida no beber e na comida"	(Collière, 1999, DGS, 2005)
269	"Pés quentes, cabeça fria, coração bom, ventre desembaraçado e desprezar medicina"	S/C
270	"Quando a cabeça não tem juízo, o corpo é que paga"	(Collière,1999;Honoré,2002, Nunes,2002)
271	"Quem bem vive, bem morre"	(Collière,1 999, Honoré, 2002)
272	"Quem bem urina, escusa medicina"	(Graça,2000)
273	"Comer a horas, vestir ao tempo"	(Magalhães e cols,2001;DGS,2007)
274	"Tenhamos saúde e paz e teremos assaz"	(Ribeiro, 1998;Nunes,2002; Honré,2002)
275	"Vale mais uma onça de cautela que uma arroba de botica"	(Ribeiro,1998; Graça,2002)
276	"O trabalho dá saúde"	(Honoré, 2002; Graça, 2002)
277	"O trabalho não mata ninguém"	(Honoré, 2002; Graça,2002)
278	"Se o trabalho dá saúde que trabalhem os doentes"	S/C
279	"Tendo saúde e comendo bem, o trabalho não mata ninguém"	(Honoré, 2002, Graça, 2002))
280	"Trabalha como se vivesses sempre; ama como se fosses morrer amanhã"	S/C

- 281 "Quando em casa *engorda* a moça, ao corpo o baço e ao rei a bolsa - mal vai a coisa" S/C
- 282 "Quem ao ano andou e aos dois falou bom *leite* mamou" (Whaley & Wong, 1989)
- 283 "Quem grande peido dá do cu se atreve" S/C
- 284 "Se queres que o teu filho engorde e cresça, lava-lhe o corpo e rapa-lhe a cabeça" S/C
- 285 "Se queres ter um corpo são, lava-te com água e sabão" (Graça, 2000)
- 286 "*Tripa* cheia nem foge nem peleja" S/C
- 287 Um doente come pouco e gasta muito. (Ribeiro, 1998, Honoré, 2002)
- 288 Na hora da morte, não vale a pena tomar remédio. (Ribeiro, 1998; Nunes, 2002)
- 289 Quando a fonte seca é que a água tem valor (Inag, 2002; Barros, 2005)
- 290 Pão com pão, é comida de tontos (Mota e cols, 2006; DGS, 2007)

ANEXO II: Questionário

Questionário

Este Questionário, serve para identificar a importância do uso dos provérbios em relação com os comportamentos que nos levam (ou não) a ser saudáveis.

Leia com atenção.

Responda, colocando uma cruz, à frente do tracejado das palavras, conforme a sua opinião, acerca de cada questão.

1 Profissão: Médico---- Enfermeiro---- Outro ---- Especifique-----

2 Idade----- 3 Sexo: M---- F-----

4 Anos de exercício da profissão (em anos) -----

5 Proveniência: Rural---- Urbana---

6 Pense em alguns provérbios que conheça. Considera que “encerram” verdades científicas no que se refere à saúde?

Nenhum---- Alguns ---- Bastantes ---- Muitos ----

7 Ao longo da sua prática profissional já alguma vez recorreu aos provérbios, para exemplificar ou dar significado às suas palavras, quando se refere a comportamentos de saúde, para clarificar os utentes /doentes? Sim---- Não---

8 Pense na sua actividade e interacção com os utentes. Qual é sua a percepção da importância que lhe atribui e frequência, com que recorre à sua utilização?

Nunca, nem conheço provérbios nesta área -----

Conheço provérbios no tema de saúde, mas não me ocorre usá-los ----

Conheço provérbios de saúde, mas só me permito usá-los, fora do meu trabalho ----

Uso-os com alguma frequência----

Uso provérbios frequentemente----

Tenho o hábito dos provérbios, uso-os diariamente -----

Outro: -----

9 De momento, cite três provérbios relacionados com **a saúde**. Se não se conseguir lembrar de três, refira os que se lembrar.

1 -----

2-----

3 -----

10 Quando era **criança e/ou adolescente** alguma vez em contexto familiar ouviu provérbios relacionados com a saúde?

Não tenho ideia, não me lembro-----

Lembro-me de qualquer coisa, mas só muito raramente me vêm à ideia-----

Lembro-me de alguns, e parecem fazer sentido, mas não penso muito nisso-----

Lembro-me de alguns, e com alguma frequência -----

Lembro-me que era frequentemente citado este ou aquele provérbio -----

Quando era criança, ouvia isso a toda a hora-----

Outro: -----

11 Se tivesse oportunidade, a curto prazo, **de frequentar uma formação sobre a temática dos provérbios** no âmbito da promoção da saúde, frequentá-la-ia?

Sim, porque me parece que seria uma mais valia-----

Sim, penso que seria interessante-----

Não sei, nunca tinha pensado nisso -----

Talvez, fico com alguma curiosidade, seria de pensar-----

Não me estou a ver a gastar tempo com formação em provérbios, não, não iria -----

Não, penso que não teria grande interesse para o meu trabalho -----

Outro: -----

Enquanto profissional, gostaria de dizer algo acerca desta temática?

Se for de sua vontade, deixe a sua opinião: -----

Obrigada pela colaboração

Celeste Antão

ANEXO III- Árvore de Categorias

ÁRVORE DE CATEGORIAS

Categorias		Categoria (Filhos)	Categoria (Netos)	Categoria (Bisnetos)	Trinetos
SAÚDE	1. Promoção da Saúde	1.1. Comportamental	1.1.1. Auto-Responsabilização 1.1.2 Advertências/ Excessos 1.1.3 Moralismo 1.1.4 Comportamental /Não Apetecível		
		1.2.Saúde... Bem Maior			
		1.3. Holismo			
		1.4. Determinantes da saúde	1.4.1. Alimentação	1.4.1.1. Vinho e Alcool 1.4.1.2. Água 1.4.1.3. Pão 1.4.1.4. Carne 1.4.1.5.- Azeite 1.4.1.6. Peixe 1.4.1.7. Sal 1.4.1.8.Gordura	
				1.4.1. 9. Costumes alimentares	Empatia Excessos frugalidade Qualidade de Matéria-prima Somos Assim... Aprender a aceitação
			1.4.2 Exercício Físico 1.4.3. Sono e Repouso 1.4.4. Consumo de tabaco e drogas		
		1.5. A Saúde Não é comerciável 1.6. A Doença é Comerciável 1.7. Saúde / Beleza 1.8. -Relacionamento/Amizade 1.9. - A Ocasão faz o Ladrão			
	2. Prevenção Primária	2.1. Há Males que vêm por bem 2.2. O sintoma como Alerta 2.3. Mais Vale Prevenir...			
	3.Prevenção Secundária	3.1. -O Tratamento como Desprazer 3.2- O tratamento é possível 3.3. - O Meio Hospitalar /Medo e Desprazer 3.4. - A Doença como Desespero			